

# TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

## FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

**Studijní program:** Sociální práce

**Studijní obor:** Penitenciární péče

**Kód oboru:** 7502R023

**Název bakalářské práce:**

**N Á H R A D N Í   P É Č E   O   D Í T Ě   A   R O D I N U**

***SUBSTITUTIVE CHILDREN AND FAMILY CARE***

**Autor:**

Tomáš Mička  
Družstevní 403  
289 23 Milovice

**Podpis autora:** \_\_\_\_\_

**Vedoucí práce:** PaedDr. Ilona Pešatová, Ph.D.

**Počet:**

Stran	Obrázků	Tabulek	Grafů	Zdrojů	Příloh
64	0	6	3	8	1 + 1 CD

CD obsahuje **celé** znění bakalářské práce.

V Liberci dne: 30.4.2007



### **Prohlášení**

Byl jsem seznámen s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci ( TUL ) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

V Liberci dne:

Podpis: .....

Na tomto místě bych chtěl poděkovat PaedDr. Iloně Pešatové, Ph.D. za trpělivé a odborné vedení práce, kterou jsem díky cenným radám a kritickým, ale konstruktivním připomínkám, mohl zdárně dokončit. Mé poděkování patří i paní Svobodové, která svojí ochotou a laskavostí nezanedbatelně přispěla do konečné podoby této práce a v neposlední řadě vřelé díky patří i mé partnerce Veronice, která svým přístupem umožnila prostor k deskriptivnímu charakteru práce.

**Název bakalářské práce:** NÁHRADNÍ PÉČE O DÍTĚ A RODINU

**Název bakalářské práce:** SUBSTITUTIVE CHILDREN AND FAMILY CARE

**Jméno a příjmení autora:** Tomáš Mička

**Akademický rok odevzdání bakalářské práce:** 2006/2007

**Vedoucí bakalářské práce:** PaedDr. Ilona Pešatová, Ph.D.

### **Resumé:**

Bakalářská práce se zabývala problematikou náhradní výchovné péče v České republice se zaměřením na náhradní rodiče, kteří mezi sebe přijali nejen opuštěné, ale navíc zdravotně postižené dítě se specifickými potřebami. Práci tvořily dvě stěžejní oblasti. **Část teoretická**, která pomocí zpracování a prezentace odborných zdrojů popisovala a objasňovala náhradní výchovnou péči u nás. Cílem **části praktické** bylo zjistit, pomocí rozhovorů, pozorování a dotazníků, motivaci pěstounských nebo adoptivních rodičů ujmout se opuštěných zdravotně postižených dětí, za jakých podmínek o ně pečují a co by kladně přispělo ke zlepšení systému náhradní rodinné péče. Zajímavým zjištěním v této práci byly nejčastěji prezentované důvody k přijetí zdravotně postiženého dítěte náhradními rodiči a s tím související nedostatky v náhradní výchovné péči.

**Klíčová slova:** náhradní výchovná péče, neprůhlednost při výběru osvojitelů, ucelený systém s programem na individuální podporu rodiny.

### **Summary:**

Bachelor work analysed the problems of substitutive children and family care in the Czech Republic. It focused on substitutive parents who took both abandoned and handicapped children with specific needs. The work was formed by two main parts. **The theoretical part** described and explained the substitutive children and family care system in our country by using expert resources, their presentation and practical use. **The practical part** - its aim was to find out (with the help of interviews, observations and questionnaires) the motivation of foster and adoptive parents, the conditions under which they take care of physically handicapped children and the possible improvement of the substitutive children and family care system. It was interesting to find out the most common reasons for taking a physically handicapped child by substitutive parents and the deficiencies in substitutive children and family care system.

**Key words:** substitutive children and family care, non-transparency in choosing the adoptive parents, integrated system with the programme to support the individual family.

## **Obsah:**

<b>1 ÚVOD .....</b>	<b>8</b>
---------------------	----------

## **I. TEORETICKÁ VÝCHODISKA PRÁCE**

<b>2 NÁHRADNÍ VÝCHOVNÁ PÉČE .....</b>	<b>9</b>
---------------------------------------	----------

<b>2.1 Náhradní rodinná péče.....</b>	<b>9</b>
---------------------------------------	----------

2.1.1 Osvojení - adopce.....	10
------------------------------	----

2.1.2 Pěstounská péče.....	14
----------------------------	----

2.1.3 Poručenství a opatrovnictví .....	17
---	----

<b>2.2 Ústavní péče.....</b>	<b>18</b>
------------------------------	-----------

<b>2.3 Indikace náhradní rodinné péče .....</b>	<b>20</b>
---	-----------

<b>2.4 Proces náhradní rodinné péče.....</b>	<b>23</b>
--	-----------

<b>2.5 Služby sociální péče .....</b>	<b>25</b>
---------------------------------------	-----------

2.5.1 Respitní a návazná péče .....	26
-------------------------------------	----

2.5.2 Profesionální pěstounská péče.....	29
--	----

2.5.3 Zařízení rodinného typu .....	30
-------------------------------------	----

<b>2.6 Péče o děti s postižením.....</b>	<b>30</b>
--	-----------

<b>2.7 Kontakt s původní rodinou .....</b>	<b>31</b>
--	-----------

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

<b>3 POPIS PROBLEMATIKY .....</b>	<b>34</b>
<b>3.1 Cíl praktické části a účel průzkumu.....</b>	<b>34</b>
3.1.1 Stanovení předpokladů průzkumu .....	35
<b>3.2 Použité metody.....</b>	<b>35</b>
<b>3.3 Popis průzkumného vzorku.....</b>	<b>37</b>
<b>3.4 Průběh průzkumu .....</b>	<b>38</b>
3.4.1 Rozhovor s pracovníci městského úřadu .....	41
<b>3.5 Získaná data a jejich interpretace.....</b>	<b>44</b>
<b>3.6 Shrnutí výsledků praktické části .....</b>	<b>55</b>
3.6.1 Vyhodnocení předpokladů.....	56
3.6.2 Diskuse k praktické části .....	58
<b>4 ZÁVĚR.....</b>	<b>59</b>
<b>5 NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ .....</b>	<b>61</b>
<b>6 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....</b>	<b>63</b>
<b>7 SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>64</b>

# 1 Úvod

Touha mít děti je dána přírodní zákonitostí působící na člověka, tak jako na jiné živé tvory na zemi. Bezdětnost je něčím nepřírodním a nepřirozeným. Jako existuje pud pohlavní, tak existuje i pud rodičovský. Oba se spojují a řídí lidské chování tak, aby se jim dostalo uspokojení. Výsledkem jsou pak **děti**. Motivace je však také psychologická a společenská. Lidé mají potřebu osvědčit před sebou a před druhými svou ploditelskou schopnost – muži mužskou, ženy ženskou. Rodičovství je tedy věcí jejich společenské prestiže. Tím, že mají děti, vyrovnávají se „ostatním“ lidem a konečně i svým rodičům a to právě v nejdůležitější biologické funkci.

S rodičovstvím však úzce souvisí bohužel i stinná stránka života, kde jednou z největších životních tragédií je narození **postiženého dítěte**. Až tváří v tvář této zkušenosti si člověk uvědomí, že zdraví skutečně není samozřejmostí. Tato rána osudu pomíchá lidské životní hodnoty a změni postoje natolik, že se takový rodič ocitne izolovaně od svého dosavadního okolí, neboť jeho nastávající problémy jsou natolik specifické, že jen málokdo mu porozumí. Představy „normálních“ lidí o lidech postižených bývají opředeny mnoha nejasnostmi, záhadami, předsudky, a často i neopodstatněnými obavami. Z toho vyplývá rozpačitý, někdy dokonce i nepřátelský postoj společnosti k lidem s postižením. I jejich společenská situace je poměrně nejasná a nejistá. Stále se ještě někteří lidé domnívají, že všichni postižení lidé by měli být „odklizení“ do specializovaných zařízení, aby nebyli ostatním, kteří jsou dosud zdraví a „normální“, na očí.

Tato bakalářská práce se snažila uchopit a alespoň zčásti analyzovat obsáhlou problematiku těch zdravotně postižených dětí, které nemohly vzhledem k okolnostem zůstat v původním prostředí u biologických rodičů a byly umístěny do pěstounské či adoptivní péče.

**Teoretickou část** práce charakterizují zákonné formy náhradní výchovné péče u nás. Byl zde nastíněn i stav ústavní péče, kde vyrůstá víc než dvacet dva tisíc dětí, a s tím související stav v oblasti sociální péče o původní, tedy biologickou, rodinu.

**Praktickou část** tvoří malý smíšený průzkum, který se snažil pomocí rozhovorů, pozorování a dotazníků, přes orgány sociálně-právní ochrany dětí, adoptivní a pěstounské rodiče, zjistit současné problémy, možnosti a případné návrhy, v souvislosti s náhradní rodinnou péčí o zdravotně postižené děti v České republice.

Praktickým přínosem mělo být zjištění motivace pěstounských a adoptivních rodičů pečovat o zdravotně postižené děti a jejich postavení v dnešní společnosti.



# I. Teoretická východiska práce

## 2 Náhradní výchovná péče

Nejlepší výchovné a životní prostředí pro dítě je dobře fungující rodina, kde má dítě své nezastupitelné místo a možnost získat ty nejceněnější emocionální i praktické zkušenosti nezbytné pro jeho harmonický a komplexní vývoj.

Instituce „nevlastního“ rodičovství, stejně jako instituce osvojení dítěte neboli adopce, je jistě tak stará jako rodina samotná. Pra-dítě, které se z nějakého důvodu ocitlo ve světě bez „svých“ lidí, bylo už kdysi dávno v prehistorii lidského rodu přijímáno za své jinými pra-lidmi, tj. nevlastními, tedy cizími. Kulturní vývoj pak dal tomuto „přijetí cizího dítěte“ různé formy a pojistil je zákony, neboť společnost poznala, že jde o nesmírně důležitou věc. Přijímání opuštěných dětí do nových (náhradních) rodin byla tedy běžná praxe užívaná mnoha kulturami. Slovo adopce znamenalo původně „*vyvoliti*“, tedy děti byly svými novými rodiči vyvoleny. Dnes je tomu jinak, rodiče jsou vybíráni pro opuštěné dítě.<sup>1</sup>

**V České republice máme náhradní výchovnou péči rozdělenou na formu rodinnou a ústavní.**

### 2.1 Náhradní rodinná péče

Náhradní rodinná péče je, jak již naznačuje název, způsob péče o děti, které nemají vlastní funkční rodinné zázemí a o které se tedy nemohou z nejrůznějších důvodů postarat jejich biologičtí rodiče. Jde o institut, který umožňuje dítěti žít namísto v ústavu v nové rodině s náhradními rodiči.

Všem formám náhradní rodinné péče je společná jedna základní charakteristika – dítě je vychováváno lidmi, jimž se nenarodilo. Genetickým vkladem do života je vybavili cizí a zpravidla neznámí lidé. Jeho nynější vychovatelé neměli možnost „sžít se“ s ním v době jeho prenatálního vývoje. Přijali je jako „cizí“, či jinak řečeno jako „velkou neznámou“. Následkem toho před nimi stojí zcela specifický úkol, to je naučit se mu rozumět, přizpůsobit se mu, upravit svůj životní rytmus a styl tak, aby vyhovoval nejen jim samým, ale i tomuto „neznámému dítěti“.

---

<sup>1</sup> Matějček, 1994, s. 21

V České republice rozlišujeme dvě základní formy náhradní rodinné péče. Jsou to osvojení (adoption) a pěstounská péče (care provided by foster parents). Každá z forem má svá specifika.

### 2.1.1 Osvojení - adopce

Při osvojení přijímají manželé či jednotlivci za vlastní opuštěné dítě a mají k němu stejná práva i povinnosti, jako by byli jeho rodiči. Vzájemná práva a povinnosti mezi osvojencem, tj. osvojeným dítětem, a jeho původní rodinou osvojením zanikají.<sup>2</sup>

Dítě, které je opuštěné, se zpravidla, ne vlastním přičiněním, ocitlo mimo takzvanou původní rodinu a již není naděje v brzké budoucnosti na změny poměrů k lepšímu.

V rámci pojmosloví jsou pro přijetí dítěte za vlastní u nás užívány termíny dva – z latiny odvozená „*adopce*“ a její český překlad „*osvojení*“. Znamenají totéž. Adopce je běžnější v řeči hovorové a osvojení v takzvané právní rovině. V této souvislosti jsou dále totožné pojmy „*adoptivní rodiče*“ i „*osvojitelé*“, zrovna tak jako „*děti v adopci*“ a „*osvojenci*“.

Osvojení je upraveno v zákoně o rodině č. 94/1963 Sb., v platném znění. Opírá se také o další ustanovení zákonů: o sociálně-právní ochraně dětí č. 359/1999 Sb., ve znění pozdějších předpisů, o státní sociální podpoře č. 117/1995 Sb., v platném znění a je upraveno i v předpisech o sociálním zabezpečení. Mimo jiné původně vychází již ze Římského zákona, který praví: „*adoptio naturam imitatur*“, čímž je vyjádřeno, že vztah mezi osvojencem a jeho osvojitelem je podobný vztahu mezi vlastním dítětem a jeho rodiči.

Zprostředkování osvojení zajišťují **krajské úřady a Ministerstvo práce a sociálních věcí**.

O osvojení rozhoduje soud na návrh osvojitele (§ 63 odst. 2 zákona o sociálně-právní ochraně dětí). Soud je povinen zjistit, na základě lékařského vyšetření a dalších potřebných vyšetření, zdravotní stav osvojitelů, jejich osobní dispozice, motivaci k osvojení a posoudit, zda se nepříčí účelům osvojení (§ 70 zákona o sociálně-právní ochraně dětí).

V případech takzvané **přímé adopce** navrhuje osvojení osoba dítěti příbuzná nebo blízká a návrh k soudu na osvojení konkrétního dítěte se podává i bez zmíněného zprostředkování (§ 20 odst. 3 zákona o sociálně-právní ochraně dětí).

---

<sup>2</sup> Matějček, 2002, s. 14

Dobrá zdravotní stav dítěte není podmínkou osvojení. **Osvojit lze i dítě závažně zdravotně handicapované.** Soud je však povinen zjistit zdravotní stav osvojence a s výsledky svého zjištění seznámit osvojitele i zákonného zástupce osvojence.

### **Osvojení zrušitelné, nezrušitelné a mezinárodní:**

Náš právní řád rozlišuje dva základní typy osvojení – zrušitelné a nezrušitelné. Pro oba typy platí vše, co bylo výše uvedeno, existují však mezi nimi následující rozdíly:

#### **Osvojení zrušitelné, nazývané též „osvojení I. stupně“ či „osvojení prosté“:**

- zrušitelně lze osvojit dítě **bez ohledu na věk**, to je ihned po uplynutí tříměsíční předadopční péče, v případě novorozenců tedy již ve třech měsících,
- v případě zrušitelného osvojení zůstávají **v matrice i v rodném listě** dítěte zapsáni jeho **původní rodiče**,
- zrušitelné osvojení, jak je patrné z jeho názvu, **lze zrušit**, avšak jen ze závažných důvodů. Návrh na zrušení osvojení může podat pouze osvojitel nebo zletilý osvojenec (§ 73 odst. 1 zákona o sociálně-právní ochraně dětí),
- **zrušením osvojení** vznikají znovu vzájemná práva a povinnosti mezi osvojencem a jeho původní rodinou. **Osvojenec nabývá opět svého dřívějšího příjmení** (§ 73 odst. 2 zákona o sociálně-právní ochraně dětí).

#### **Osvojení nezrušitelné, nazývané též „osvojení II. stupně“ či „osvojení plné“:**

- nezrušitelně lze osvojit jen dítě **starší jednoho roku** (§ 75 zákona o sociálně-právní ochraně dětí),
- nezrušitelné osvojení **nelze zrušit** a to v souladu s ustanovením § 73 zákona o sociálně-právní ochraně dětí. Pokud osvojitelé nemohou nebo nechtějí o nezrušitelně osvojené dítě osobně pečovat, mají stejné možnosti jako v případě vlastního dítěte (svěření dítěte do jiné náhradní rodiny, do zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc nebo v krajním případě do ústavní výchovy),

- v případě nezrušitelného osvojení jsou **osvojitelé zapsáni v matrice i v rodném listě dítěte** místo původních rodičů,
- pokud dítě nezrušitelně osvojí **osamělá osoba**, je z matriky i z rodného listu **vypuštěn zápis o druhém rodiči dítěte** (používá se termín „neuveden“),
- v matrice zápis o původních rodičích vždy zůstává v poznámce. Zletilé osvojené dítě má právo do matriky nahlédnout,
- **nezrušitelně lze po roce věku osvojit i dítě, které bylo předtím osvojeno zrušitelně** a to až do dovršení jeho zletilosti. V praxi jsou novorozenci poměrně často osvojováni nejprve zrušitelně a po dosažení jednoho roku věku nezrušitelně.

**Mezinárodní osvojení** (international adoption) je možné v případě, že se pro dítě nedaří najít vhodnou náhradní rodinu v zemi původu. Mezinárodní osvojení je upraveno Úmluvou o ochraně dětí a spolupráci při mezinárodním osvojení, kterou vypracovala a přijala Haagská konference mezinárodního práva soukromého dne 29.5.1993. V České republice vstoupila tato úmluva v platnost 1.6.2000 a spolu se zákonem č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí ve znění pozdějších předpisů, umožňuje osvojení dětí do ciziny a z ciziny.<sup>3</sup>

### **Anonymní osvojení**

V České republice má na rozdíl od západních zemí anonymita osvojení velkou tradici. Naprostá většina osvojení se realizuje jako anonymní, což zpravidla znamená, že rodiče nejsou účastníky řízení o osvojení a totožnost osvojitelů jim není známa.

---

<sup>3</sup> Matějček, 2002, s. 15

Rodiče nejsou účastníky řízení v případě, že:

- dali po šesti týdnech od narození dítěte souhlas k osvojení předem bez vztahu k určitým osvojitelům (takzvaný **generální souhlas**),
- **soud rozhodl o** dvouměsíčním (v případě novorozenců) nebo šestiměsíčním (u starších dětí) **nezájmu rodičů**,
- rodiče byli zbaveni rodičovské zodpovědnosti nebo nemají způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu.

Je nesporné, že v řadě případů je anonymita osvojení v zájmu dítěte, zejména pokud by hrozilo nebezpečí, že biologičtí rodiče budou do výchovy dítěte nevhodně zasahovat, nebo dokonce vydírat či napadat osvojitele. Za anonymitu osvojení však u nás dítě platí vysokou daň – je umístěno do ústavního zařízení, kde je možnost ze strany rodičů dát souhlas k osvojení zpravidla až po šesti týdnech od narození dítěte, a ve třech měsících je dítě v péči budoucích osvojitelů. Pokud se čeká na **rozhodnutí soudu o nezájmu rodičů**, je dítěti v ústavu obvykle deset měsíců a více a jeho vývoj je často poškozen **citovou a podnětovou deprivací**.

Například v **Německu** jsou odložení novorozenci umisťováni **do profesionálních pěstounských rodin**, kde dva měsíce čekají na oficiální souhlas k osvojení.

### **Přímá – otevřená adopce**

Přímá adopce, zvaná také otevřená adopce, je adopce, při které **dítě do předadopční péče svěřují** konkrétním osvojitelům **sami rodiče** (případně jiní zákonní zástupci dítěte).

Je v zájmu dítěte, aby do nové rodiny přišlo co nejdříve, bez mezistanice v kojeneckém ústavu. Náš zákon o rodině tento typ přímé adopce uvádí na prvním místě. Avšak paradoxně se takové osvojení, na rozdíl od jiných zemí Evropské unie, náš stát rozhodl nezprostředkovávat. Jedná se o ustanovení hlavy IV, § 20 odstavec 3 zákona o sociálně-právní ochraně dětí, kterým přímou adopci vyňal ze své kompetence.

anonymitu přímé adopce lze zajistit několika způsoby:

- udělením takzvaného anonymního souhlasu bez vztahu k určitým osvojitelům, kdy rodiče nejsou účastníky řízení,
- vlastním návrhem na zbavení rodičovské zodpovědnosti,
- tím, že se rodiče v případě konkrétního souhlasu nechají v řízení zastupovat a k jednání se omluví.

V dřívější době se u nás otázkami adopce zabývaly jen státní instituce (Orgány péče o dítě při ONV a KNV, kojenecké ústavy nebo krajská Střediska náhradní rodinné péče). Po roce 1989 se uplatňují i nevládní a nezávislé organizace, například Středisko náhradní rodinné péče v Praze, Fond ohrožených dětí v Praze se svými pobočkami v jiných městech, Sdružení TRIALOG, Sdružení pěstounských rodin v Brně a mnohé další organizace.<sup>4</sup>

### **2.1.2 Pěstounská péče**

Zatímco historie adopce má své kořeny v neblahé praxi odkládání přespočetných, nežádoucích dětí v institucích nalezinců, můžeme za předchůdce placené pěstounské péče považovat spíše instituci kojných. Kdykoliv se v některé evropské zemi společnost ekonomicky povznese natolik, že se vytvoří tzv. vyšší třída, ideál ženské krásy se nesnáší s těhotenstvím, porodem a kojením dítěte. S institucí placených kojných a pak i chův, opatrovnic a pěstunek se setkáváme ve starověku v městských státech řeckých, stejně jako v Římě.<sup>5</sup>

Po roce 1918 mohla Československá republika navazovat již na zlepšený stav péče o děti, dosažený v posledních letech bývalého Rakouska-Uherska. Po druhé světové válce, a zvláště po roce 1948, došlo ovšem k podstatným změnám. Zařízení, jež měla tradičně status nalezinců, byla přejmenována na „ústavy péče o dítě“. Pěstounská péče ve všech formách, kromě příbuzenské, byla zrušena v roce 1950. Znovu obnovena byla až po 13 letech.

---

<sup>4</sup> Archerová, 2001, s. 11

<sup>5</sup> Matějček, 1999, s. 25

Dnešní pěstounská péče je upravena v zákoně č. 94/1963 Sb., o rodině, v platném znění, v zákoně č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů (ustanovení o zprostředkování pěstounské péče, o zařízení pro výkon pěstounské péče) a v právních předpisech o sociálním zabezpečení (nemocenské a důchodové pojištění pěstounů). Tato péče je státem garantovaná a kontrolovaná forma náhradní rodinné péče, která zajišťuje adekvátní hmotné zajištění dítěte i s přiměřenou odměnou těm, kteří se dítěte ujali. Příspěvek na úhradu potřeb dítěte se rovná 2,3 násobku částky životního minima, přičemž záleží i na věku a případné míře postižení svěřeného dítěte. Zdravé dítě má nárok na 3680 korun českých a těžce postižené na 4960 korun českých. Výše odměny pěstouna je rovna částce životního minima jednotlivce za každé svěřené dítě. Od 1.1.2007 je to částka 3126 korun českých.

Na rozdíl od osvojení **zaniká pěstounská péče dosažením zletilosti dítěte**, to je v 18-ti letech. Dokud studuje, tato hranice se posouvá na 26 let. **V současné době je v České republice přes pět tisíc pěstounských rodin.**

Konečné rozhodnutí o svěření dítěte do pěstounské péče činí opět soud. Ten může tuto péči kdykoliv svým rozhodnutím zrušit, neplní-li svůj účel. O zrušení pěstounské péče může také kdykoliv požádat sám pěstoun, i dítě mu svěřené (*je-li dítě ve věku, kdy je schopno posoudit obsah pěstounské péče*). Na rozdíl od adopce, kdy osvojitelé přebírají veškerá práva, **pěstouni nejsou zákonnými zástupci dítěte**. Tento svazek je kontrolován státem (čtvrtletní návštěvy sociálních pracovníků, které podávají jednou za 6 měsíců zprávu soudu).

Jde-li o pěstounskou péči **s účastí rodičů**, zůstávají zásadní úkoly v rukou biologických rodičů. Pěstouni jsou nuceni vyžádat si jejich souhlas, například tehdy, jestliže chtějí svému svěřenci vystavit pas, při volbě povolání, nebo rozhoduje-li se o závažném lékařském zásahu (operaci). Pěstoun zastupuje dítě v běžných záležitostech. Jestliže má pocit, že zásahy rodičů nejsou v souladu se zájmy dítěte, může se obrátit na soud.

Do pěstounské péče přicházejí děti, které nemohou být z různých důvodů svěřeny do osvojení. Tyto důvody mohou být například právní, zdravotní, sociální a podobně.

Naopak fakt, že **pěstounský svazek není definitivní, způsobuje ochotu pěstounů přijímat děti s postižením, nebo s problematickou vývojovou prognózou.**

Děti vhodné pro pěstounskou péči jsou především opuštěné děti, které vyžadují nejen trvalou individuální péči, ale i dlouhodobou výchovu v náhradní rodině. Jedná se většinou o děti s různými zdravotními či psychomotorickými obtížemi, děti starší, skupiny sourozenců nebo děti jiného etnika.<sup>6</sup>

**Pěstounská péče je tedy mnohem náročnější než adopce** a klade vysoké nároky na osobnost pěstounů. Na rozdíl od osvojitelů je zde primární **touha pomoci dítěti** a potřeba realizovat se prostřednictvím výchovy dětí. Pěstounská péče bývá individuální nebo skupinová a pokud podmínky dovolí, může přejít v osvojení.

- **individuální pěstounská péče** - probíhá běžně v rodinném prostředí s pěstouny, kteří mají často i děti vlastní. Zde se po novele zákona o sociálně-právní ochraně dětí řadí i **pěstounská péče na přechodnou dobu** – je za finanční odměnu a může mít několik podob:
  - okamžitá pomoc v akutní nouzi (uplatňuje se při náhlých situacích – autonehoda rodičů, rodič samozivitel onemocněl, policie nebo sociální pracovníci zjistili týrání či zneužívání v rodině),
  - nejedná-li se o pomoc v akutní nouzi (uplatňuje se v případě, že rodiče musí například podstoupit léčbu chronického onemocnění nebo určité závislosti, jsou ve výkonu trestu odnětí svobody, protože zavinili autonehodu a podobně),
- **skupinová pěstounská péče** probíhá v zařízeních pro výkon pěstounské péče, a to ve velkých pěstounských rodinách nebo SOS vesničkách, kde je péčí pověřena matka-pěstounka, která bydlí se svěřenými dětmi v samostatném domku. Děti je kolem šesti a jsou různého pohlaví a věku. Deset až dvanáct domků tvoří vesničku.

Jistým **rozdílem mezi individuální a skupinovou pěstounskou péčí** je mimo jiné role otce v rodině. Ta posunuje rodiny založené manželským párem blíže k takzvanému normálnímu modelu, a kupříkladu SOS vesnička je převážně ženskou záležitostí. Na druhou stranu ve zmíněných vesničkách odpadá rozvodovost, která mnohdy komplikuje výchovu nejen u svěřených dětí.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> Matějček, 2002, s. 19

<sup>7</sup> Matějček, 1999, s. 49



### 2.1.3 Poručenství a opatrovnictví

Novela zákona o rodině vnesla do právní úpravy staronový institut **poručenství**. Soud ustanoví dítěti poručníka v případě, že:

- rodiče dítěte zemřeli,
- byli zbaveni rodičovské zodpovědnosti,
- byl pozastaven výkon jejich rodičovské zodpovědnosti,
- nemají způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu (a proto nejsou nositeli rodičovské zodpovědnosti).

Pokud poručník péči o dítě osobně vykonává, má on i dítě nárok na stejné hmotné zabezpečení jako by šlo o pěstounskou péči. **Poručník je zákonným zástupcem dítěte.** Mezi poručníkem a dítětem však ze zákona nevzniká takový poměr, jaký je mezi biologickými rodiči a dítětem. Zákon stanoví rozsah práv a povinností poručníka k dítěti a základními povinnostmi jsou výchova dítěte, zastupování dítěte a správa majetku dítěte. Výkon této funkce je pod pravidelným dohledem soudu, a to nejen ohledně správy majetku dítěte, ale i ohledně jeho osobní sféry. Poručník podává soudu zprávy o osobě poručenice zpravidla v ročních intervalech. Jakékoli rozhodnutí poručníka v podstatné věci týkající se dítěte vyžaduje schválení soudem.

Dalším pojmem používaným v náhradní rodinné péči je **opatrovnictví**, o kterém opět rozhoduje příslušný soud. Usnesením je vymezen rozsah práv a povinností k dítěti a to vždy s ohledem na důvod, pro který byl dítěti opatrovník ustanoven.

**Opatrovník není zákonným zástupcem.** Opatrovníkem může být ustanoven i orgán sociálně-právní ochrany dětí. Tento institut byl do našeho právního řádu zanesen pro případy ohrožení majetkových zájmů dítěte nebo omezené rodičovské zodpovědnosti.

## 2.2 Ústavní péče

Ústavní péče je nezbytnou součástí náhradní výchovné péče a v kontextu s touto prací je nutná zmínka i o této formě náhradní výchovy.

Ústavní péče, „*residential care*“, je poskytovaná klientům profesionály (případně také dobrovolníky) v ústavním zařízení, což jsou kojenecké ústavy (do 3 let věku dítěte) a ústavy sociální péče, které mimo celoročních pobytů nabízí i pobyty týdenní (během víkendu je dítě doma) nebo kombinované pobyty. Ústavy sociální péče nabízí výchovně-pracovní, výchovně-pedagogickou, rehabilitační, zdravotnickou, psychologickou, logopedickou a sociální péči. Součástí ústavů jsou speciální základní a pomocné školy, eventuelně jejich přípravné stupně. Pravdou však zůstává, že tato zařízení mají stále ještě malou popularitu, neboť jde o velké, státem řízené organizace, kde se nesnadno aplikuje individuální přístup k jednotlivým dětem.

Navíc **ústavní péče** s sebou vždy nese poměrně vysoké riziko sociálního vyloučení klientů, v neposlední řadě zneužívání moci personálem a riziko nepříznivých vlivů klientů na sebe navzájem. Proto **se dnes považuje ve vyspělých zemích za poslední možnost**, která by měla být klientovi nabídnuta, tedy až po vyčerpání všech možností alternativních. Dlouhodobá ústavní péče vyvolává hospitalismus, to znamená adaptaci na umělé prostředí ústavu, a je spojena s neschopností adaptovat se po propuštění v prostředí běžné společnosti. Ústavní péče je kromě toho nejdražší formou sociální péče. (V ČR v roce 2001 činily investiční náklady na zřízení jednoho ústavního lůžka 1,3 milionu korun). ČR zdědila z doby před rokem 1989 nadměrné množství ústavů, ve kterých jsou dosud umístěni klienti, kteří by mohli žít kvalitněji s parciální podporou. Deinstitutionalizace nebo-li odústavňování sociálních služeb je jedním z naléhavých úkolů pro poskytovatele i organizátory péče do blízké budoucnosti.<sup>8</sup>

Ústavní péče je tedy výchovné prostředí, které je potřeba dítěti zajistit v případě, že není zvolena pěstounská péče nebo osvojení. Platí zde fakt, že rodina z některých důvodů naprosto selhává a volí se kolektivní výchovné zařízení. Jedná se například dětská zařízení v resortu zdravotnictví, dětské domovy v resortu školství, ústavy sociální péče v resortu sociálních věcí a další zejména soukromé speciální školy a školky s internátem. Dálkovým opatrovníkem dítěte zde bývá zpravidla příslušná sociální pracovnice.

---

<sup>8</sup> Matoušek, 2003, s. 253

Začátkem osmdesátých let se v ústavech postupně objevuje stále větší počet dětí postižených, velmi často odložených ihned po narození podle pochybného „práva“ rodičů na narození zdravého dítěte. Objevuje se tak nový fenomén – **opuštěné postižené dítě**. Přibývá postupně nových, smíšených a zdravotně-sociálních důvodů přijetí. Tento trend pozorujeme i v současnosti.<sup>9</sup>

Politika bývalého komunistického režimu nepodporovala rodiče v péči o tyto děti. Naopak režim postižené lidi programově izoloval v sociálních zařízeních. Současné problémy s integrací postižených do společnosti souvisí právě s tím, že u nás není zažita tradice chápat postižené jako přirozenou součást široké společnosti tak jako je tomu například v Anglii.

Podíváme-li se na **současný stav péče o dítě a rodinu v nesnázích, je alarmující**. V České republice vyrůstá přibližně 20 tisíc dětí v ústavní péči. Další početná skupina dětí vyrůstá v dysfunkčních rodinách, kde opět nejčastějším řešením potíží bývá umístění dítěte v ústavním zařízení. Mnohé z těchto rodin bývají označovány jako „sociálně slabé“, aniž by jim byla poskytnuta včasná účinná podpora a pomoc při řešení jejich problémů. Tento stav je způsoben nedostatečně rozvinutým a **nedostatečně efektivním systémem péče o dítě a rodinu**, zejména nedostatečnou součinností terénních, sociálních a zdravotních služeb.<sup>10</sup>

Na druhou stranu nikdo nemůže odsoudit rodiče, kteří se svobodně rozhodnou umístit dítě do kojeneckého ústavu nebo jiného ústavu sociální péče. Jedinou alternativou řešení může být ošetřující lékař či jiný odborník s poradenskou praxí, který se může pokusit ono svobodné rozhodnutí rodičů zvrátit poukazem na pozitiva, která tu v péči o postižené dítě jsou. Vždyť i dítě postižené dokáže přinést spoustu radostí (známé je Centrum obecné péče při Fakultní nemocnici Motol v Praze 5, kde probíhá poradenská činnost ohledně umístění dítěte do ústavního zařízení). **Dítě si své postižení jako takové příliš neuvědomuje a žije si ve svém dětském, hravém světě, aniž by nějak trpělo. Cílem této práce není zlehčovat život postiženého dítěte, ale poukázat i na pozitiva.**

---

<sup>9</sup> Matějček, 1999, s. 39

<sup>10</sup> Bubleová, 2005, s. 42

## 2.3 Indikace náhradní rodinné péče

Dokud byly u nás dvě formy náhradní rodinné péče o dítě, byla otázka indikací, tj. kam které dítě má přijít, celkem jednoduchá – buď dětský domov nebo osvojení. Jestliže bylo osvojení možné, mělo od vydání zákona o rodině v r. 1963 fakticky přednost, přestože to neodpovídalo oficiální ideologii, jež nadále zvýrazňovala výhody pedagogické odbornosti v zařízeních kolektivní výchovy. Jakmile se však vnitřní uspořádání ústavů začalo modernizovat a vznikaly rodinné či bytové dětské domovy, a zejména jakmile se v letech sedmdesátých repertoár možností rozšířil o pěstounskou péči individuální a skupinovou, podstatně stoupaly i nároky na odborné posouzení každého jednotlivého případu.<sup>11</sup>

Indikační úvaha v dnešní době představuje tedy poměrně složitý proces, pro který má být odpovědný pracovník náležitě vzdělán a připraven. V některých západoevropských zemích je k posuzování vhodnosti navržení klienta pro péči (v určité konkrétní situaci) zřízen institut takzvané **Indikační komise**.

Indikační komise je složená z profesionálů různých specializací, mezi nimiž je sociální pracovník, který začíná svou práci posouzením klientových potřeb, a to obvykle na základě návštěvy u něj doma, pokračuje zhodnocením jeho situace a končí svou práci rozhodnutím o vhodném typu a intenzitě péče. Někde je ještě navíc posuzováno jinou nezávislou komisí, zda rozhodnutí bylo legální. Indikační komise jsou nezávislé na poskytovatelích péče, jsou orgánem obce nebo regionální správy.<sup>12</sup>

Vychází se tedy ze základní myšlenky, že zájem dítěte má vždy přednost před zájmem rodičů, a vždy je nutné komplexní posouzení situace dítěte i rodičů. Na výběr žadatelů a vlastní přiřazení ke konkrétnímu dítěti mají vliv následující faktory:

- **Právní vztahy**

Osvojit lze zpravidla jen děti takzvaně právně volné, tj. takové děti, jejichž biologičtí rodiče dali souhlas k osvojení, nebo byli zbaveni rodičovských práv a odpovědnosti (poručenství). Právní hledisko je tedy natolik rozhodující, že předznamenává všechny další úvahy.<sup>13</sup>

---

<sup>11</sup> Matějček, 1999, s. 73

<sup>12</sup> Matoušek, 2003, s. 83

<sup>13</sup> Matoušek, 1997, s. 75

- **Sociální činitele**

Při indikaci některé z forem náhradní péče je nutno přihlížet i k širší rodině dítěte, která by mohla pozitivně zasáhnout do osudu dítěte. Ostatně pěstounská péče prováděná prarodiči nebo jinými blízkými příbuznými, která má zpravidla přednost před péčí v „cizí“ rodině, je formálně v zákoně uváděna jako jedna ze základních forem péče. Do indikačních úvah vstupuje širší rodina i v případě matek – pěstounek v SOS dětských vesničkách. Pro jedináčka se zpravidla volí osvojení nebo individuální pěstounská péče a pro větší skupinu je zaměřena SOS dětská vesnička, která se snaží uchovat citové vazby a zajistit vzájemnou neodlučitelnost sourozenců. Výjimkou jsou případy, kdy je jeden z těchto sourozenců například těžce zdravotně postižen a je nutné jeho umístění do ústavu sociální péče.

U náhradních rodičů zůstává psychologicky významným diferenciačním činitelem skutečnost, zda dítě má či nemá vlastní rodiče a zda je či není nebezpečí, že by mohli do nového svazku v náhradní rodinné péči nějak zasahovat. Vždy ovšem vzniká otázka, co vyloučilo vlastní rodiče z úlohy vychovatelů dítěte. Může to být duševní choroba, dlouhodobá hospitalizace, mentální retardace, invalidita jiného druhu, emigrace, asocialita nebo také kriminalita.<sup>14</sup>

- **Situační činitele**

K tomuto faktoru se pojí celá řada různých činitelů, které rozhodování mnohdy velmi významně ovlivňují. Jedná se například o klimatické poměry u dětí trpících alergiemi, dále o takzvané **tradiční lokality s pěstounskou péčí** a naopak **lokality s negativním postojem** nejen tamních obyvatel, ale i správních orgánů vůči náhradní rodinné péči (*týká se to například velkých pěstounských rodin romského původu a podobně*). Důležitou roli může hrát i vzdálenost nového bydliště dítěte od původní rodiny a také jsou to sociální poměry konkrétních uchazečů, do jejichž prostředí opuštěné dítě vstoupí a bude potřeba naplnit jeho zejména základní psychické potřeby. U budoucích rodičů se posuzuje jejich **motivace a výchovné předpoklady**, které jsou specifické zejména **u opuštěných dětí s vážným zdravotním postižením**.

---

<sup>14</sup> Matějček, 1999, s. 88

- **Biologické předpoklady**

Heredita je nesporně základní daností, kterou si dítě do náhradní péče přináší. Tak jako jsou v hrubých rysech geneticky podmíněné tělesné znaky člověka, tak jsou nepochybně podmíněny i některé znaky psychické. Zkušenost říká, že k hereditě se vztahuje poměrně nejvíce obav a nejistot nových vychovatelů dítěte.<sup>15</sup>

Mezi další předpoklady v souvislosti s geneticky podmíněnými tělesnými znaky se řadí **pohlaví a věk**, které specifickým způsobem ovlivňují přiřazení dítěte k žadateli. Jedná se zejména o individuální představy žadatelů o možných adaptačních schopnostech chlapců nebo dívek. Souvislost je například s dorůstajícím pubescentem, který může nešetrně zasahovat do role matky – pěstounky, nebo i ve směru k mladším dětem, které vnucovanou autoritu staršího jedince mnohdy tvrdě odmítají. Je však těžko představitelné, že bude možno vnutit osvojitelům či pěstounům chlapečka nebo holčičku proti jejich vůli a představám, což by mělo jistě vliv pro následné vzájemné vztahy v takovéto náhradní rodině.

Geneticky jsou dány i základní charakteristiky vnějšího zjevu dítěte a v neposlední řadě i **tělesný vývoj a zdravotní stav**. Jde předně o určité nápaditosti z hlediska běžných společenských norem a konvencí – nápadně malý nebo nápadně velký vzrůst, malformace v obličeji, například rozštěp rtu, zvláštní tvar lebky, albinismus, malformace rukou a podobně. Druhou velkou kategorií nápadností představují typické etnické podmíněné charakteristiky ve vnějším zjevu, to je především barva pleti a utváření obličeje.

V druhém případě je myšlena zejména jakákoliv navenek znatelná odchylka ve vývoji dítěte od „normální dráhy“, tedy **invalidita, poruchy smyslových orgánů, chronicky probíhající onemocnění, onemocnění s nepříznivou nebo nejistou prognózou či dětská mozková obrna**.<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> Matějček, 1999, s. 75

<sup>16</sup> Matějček, 1999, s. 77

## 2.4 Proces náhradní rodinné péče

Rozhodnutí o náhradní rodinné péči je zodpovědný čin s dalekosáhlými důsledky, a to jak pro dítě, tak pro náhradní rodiče, kteří jsou během příprav pro takové rodičovství podrobeni různému druhu pozorování a zkoumání, což jistě není vždy příjemné. Cílem je však eliminovat rizika při přijetí dítěte, které již svůj start do života mělo ztížený různým stupněm nepřijetí. Zkoumá se tedy nejen osobnostní profil žadatelů, ale také stabilita manželského svazku a perspektiva dalšího rodinného soužití. Je třeba, aby manželé měli vybudovaný láskyplný, pevný vztah, v němž jsou si vzájemnou oporou, a dokáží společně řešit problémy. Nejprve musí být sehraní jako manželé, pak se teprve mohou stát rodiči.

O obě formy náhradní rodinné péče může žádat samostatná žena nebo i muž, což je méně obvyklé (viz **příloha 4 - „Žádost o zařazení do evidence žadatelů vhodných stát se osvojiteli nebo pěstouny“**). V tomto případě psychologa zajímá důvod absence partnerského vztahu a schopnost žít plnohodnotně a nepřenášet nenaplněné citové potřeby na dítě.

Pokud žadatelka (žadatel) žije s partnerem (partnerkou) a z nějakého důvodu sňatek neplánují, není partner rozhodně vyloučen z posuzovacího procesu, tedy ani z psychologického vyšetření. Je to proto, že tento člověk nebude jen pasivní pozorovatel okolního dění, ale bude s dítětem v každodenním kontaktu a bude mít vliv na to, jak se dítě v rodině bude cítit.

O pěstounskou péči (ne však osvojení) může také žádat pouze jeden z manželů a pro druhého manžela platí výše uvedená pravidla. Jsou-li v rodině děti, ať již dříve svěřené či biologické vlastní, jsou dle možností zahrnuty do vyšetření. Je důležité posoudit, zda je dítě připraveno se dělit o své zázemí a lásku rodičů se sourozencem.

Nejdříve se začíná na úradech městských částí v místě svého trvalého bydliště. Pro náhradní rodinnou péči je většinou určen sociální pracovník zabývající se speciálně touto agendou. Žádat mohou všichni občané starší 18 let, svéprávní a u cizinců je podmínkou alespoň jeden rok pobytu na našem území. Dále je pak u cizinců vyžadováno prodloužení pobytu na dobu jednoho roku. Žadatelé obdrží od příslušného pracovníka náhradní rodinné péče úvodní informace a potřebné formuláře k žádosti, kterou je třeba navíc doplnit řadou dalších dokladů.

Tato žádost, která je usnesením příslušného pověřeného úřadu městské části postoupena k dalšímu řízení na magistrát nebo krajský úřad, musí obsahovat tyto náležitosti:

- fotografie žadatelů (mezi jiným se posuzuje i typová vhodnost),
- doklad o státním občanství (ověřuje úřad městské části dle dokladu totožnosti),
- u cizinců kopie cestovních pasů, povolení cizinecké policie k dlouhodobému nebo trvalému pobytu,
- opis rejstříku trestů (vyžádá opět úřad městské části),
- lékařskou zprávu od registrujícího praktického lékaře,
- vlastní sociální šetření a zprávu sociální pracovnice s jejími závěry a doporučeními,
- potvrzení o výši příjmu (jde o sociální zázemí).

Posláním pracoviště náhradní rodinné péče, odboru sociální péče a zdravotnictví, jednotlivých magistrátů či krajských úřadů je:

- zprostředkování náhradní rodinné péče,
- odborné posuzování a proškolení vhodných zájemců o náhradní rodinnou péči a jejich zařazování do evidence,
- spolupráce s dětskými domovy a kojeneckými ústavy,
- spolupráce s Ministerstvem práce a sociálních věcí, ostatními krajskými úřady, Úřadem pro mezinárodně-právní ochranu dětí a nestátními organizacemi zabývajícími se sociálně-právní ochranou dětí,
- metodické vedení pracovníků úřadů jednotlivých městských částí,
- vyhledávání dětí vhodných do náhradní rodinné péče (Ministerstvo práce a sociálních věcí vede evidenci dětí, pro které se nepodařilo najít rodinu).

Po novele zákona o sociálně-právní ochraně dětí č. 359/1999 Sb., která je platná od 1.6.2006, předchází institutu „vydání rozhodnutí o zařazení do evidence žadatelů vhodných stát se osvojiteli nebo pěstouny“ jejich cílená příprava spolu s psychologickým vyšetřením. Tato novela vychází ze zkušenosti, že žadatelé si teprve během přípravných kurzů ujasní své role a také si udělají přehled, jaké dítě jsou schopni přijmout.

Z tohoto vyplývá, že zmíněná příprava se netýká těch náhradních rodičů, kterým již bylo v předešlé době svěřeno dítě do péče.



Po zaevidování žádosti jsou dohodnuty **přípravné kurzy** pro podrobnější informace (pro pěstouny probíhají odděleně) a poté následuje teoretická část s tématem přednášek, jejímž cílem je nejen introspekce – vlastní náhled na sebe, ale i pohled na rodinnou, partnerskou a rodičovskou roli.

Po skončení přípravných kurzů a psychologického posouzení je žádost dále předána posudkovému lékaři, který se vyjadřuje ke zdravotnímu stavu žadatelů. Po splnění nutných podmínek proběhne vlastní zařazení do evidence osvojitelů nebo pěstounů.

**Poradní sbory** krajských úřadů (od 1.6.2006 jmenuje poradní sbory přímo hejtman kraje) tvoří většinou **pracovníci sociálně–právní ochrany dětí, sociální pracovníci** jednotlivých úřadů **a psychologové**. Tito odborníci mají na starost posuzování žadatelů – jejich hlas je poradní a spolupodílí se na vytipování vhodných žadatelů.

Pokud je vhodný žadatel vytipován, je ihned s oznámením o vytipování osloven a může se s vybraným „klientem“ již seznamovat. Ze zákona je lhůta 30 dnů na rozmyšlenou do podání žádosti o svěření dítěte do předadopční péče. V praxi se tato lhůta zejména u nejmenších miminek nevyužívá, u starších dětí je to běžné a termín lze ze závažných důvodů také prodloužit.

Po svěření dítěte do tří měsíční předadopční péče (u předpěstounské péče je v tomto smyslu takzvaná propustka zpravidla na dobu 14 dnů) žadatel podává žádost příslušnému soudu o svěření dítěte do osvojení.

## 2.5 Služby sociální péče

Obecně lze říci, že služby sociální péče jsou kategorií služeb definovaných v českém zákoně o sociálních službách a myslí se tím zabezpečení základních životních potřeb klienta. Komplexním cílem je posílit, nebo nahradit soběstačnost osob, ztracenou například s ohledem na jejich zhoršený zdravotní stav nebo nedostatek zkušeností.

**Základním zdrojem informací o sociální pomoci rodinám s postiženým dítětem je zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., v platném znění.** Dalším významným zdrojem informací jsou odborní lékaři (například neurologové), kteří mají kontakty na různé občanské společnosti, nestátní neziskové organizace, diagnostická a léčebná zařízení ve správě charitativních organizací, církví a podobně, jejichž součástí téměř vždy bývá i poradenská činnost. V rámci odborných služeb je třeba vždy postupovat individuálně, případ od případu.

Dostatečně přehledná může být situace pěstounské rodiny, která do své péče přijme s novorozencem i jeho nezletilou matku, které se její vlastní rodina dočasně zřekla a u níž je zřejmé, že se chce o dítě starat, ale chybí jí zatím sociální zázemí a někdo, kdo by jí základním mateřským dovednostem naučil. Oproti tomu jiná situace bude v pěstounské rodině, která přijme do své péče dítě trvale nemocných nebo invalidních rodičů, kteří s náhradní rodinnou péčí souhlasí, neboť se sami nemohou o dítě starat. Zde bude třeba mimořádného pochopení pěstounů jak pro dítě, tak pro jeho pokrevní rodiče.<sup>17</sup>

Nové vztahy jsou závažným zásahem do života dětí i náhradních rodin. Proto je zákonem zajištěna nezbytná doba nejméně tří měsíců před rozhodnutím soudu, takzvaná **předadopční nebo předpěstounská péče**, která slouží k adaptaci dítěte a žadatelů na novou situaci.<sup>18</sup>

V tomto období je možné ověřit a zvážit, jaké jsou předpoklady pro vytvoření uspokojivého a úspěšného vztahu mezi dítětem a rodinou. S dítětem je rodina pozvána (opět to záleží na zavedené praxi v regionech) na kontrolní psychologické vyšetření, kde je posuzován nejen psychomotorický vývoj dítěte, ale i úroveň vytvořených vzájemných vazeb v novém prostředí. Při návštěvě sociální pracovníce v rodině je možno hovořit a radit se s ní o konkrétní situaci či případných obtížích.

**Odborné služby** by tedy měly směřovat ke všem zúčastněným stranám, tedy i k biologickým rodičům (byť třeba jen formou zprostředkování další pomoci a služeb).

### 2.5.1 Respitní a návazná péče

Do ústavní péče přicházejí stále častěji děti, které jen velmi těžko nacházejí nové rodiče. Jsou to zejména děti s různými formami postižení a se zcela zvláštními potřebami. Biologické i náhradní rodičovství ve vztahu k těmto dětem vyžaduje nutně ještě něco navíc k „normálním“ rodičovským dovednostem, a právě v tomto období je zapotřebí také jedna z kategorií odborných služeb, kterou je **respitní, nebo také úlevná péče**.

**Respitní péče** je poskytovaná lidem, kteří dlouhodobě pečují o postižené. Nejčastěji má formu dočasného umístění postiženého do náhradní rodiny, stacionáře či pobytového zařízení, nebo jde o poskytnutí přímé praktické pomoci pečujícím v jejich domácnosti. Dlouhodobá péče o zdravotně postiženého představuje totiž pro pečující osobu těžký stres.<sup>19</sup>

---

<sup>17</sup> Matějček, 1999, s. 163

<sup>18</sup> Matějček, 2002, s. 26

<sup>19</sup> Matoušek, 2003, s. 184

Dlouhodobá péče o osobu se zdravotním postižením vede časem k naprostému fyzickému a psychickému vyčerpání rodičů, a proto jsou v rámci několika projektů poskytovány **příspěvky na respitní péči**, což umožňuje pečujícím uhradit několikahodinové, celodenní, nebo i týdenní hlídání člena rodiny s postižením. Během této doby si může „pečovatel“ zařídit nutné záležitosti mimo domov, ale získá tak i volný čas na odpočinek, vzdělání a další aktivity, které patří k plnohodnotnému životu.

S touto péčí je spojena řada návazných odborných produktů a patří k nim zejména:

- **Poradenství v oblasti náhradní rodinné péče**, což je komplex služeb, jehož cílem je poskytovat uživatelům informace o jejich právech, povinnostech a oprávněných zájmech, nabízet různé možnosti řešení jejich životní situace a pomáhat tyto možnosti realizovat. Cílovou skupinou jsou žadatelé o náhradní rodinnou péči a rodiny s dětmi v náhradní rodinné péči, které vnímají svojí životní situaci jako obtížnou a nejsou schopny ji řešit vlastními silami ani s pomocí blízkého okolí.
- **Osobní asistence** je zaměřena především **na rodiny pečující o děti se zdravotním handicapem**. Cílem je pomoci dětem s postižením zvládnout prostřednictvím osobního asistenta ty úkony, které by dělaly samy, kdyby postižení neměly, a odlehčit tak rodičům, tedy i pěstounům, kteří celodenně a celoživotně pečují o tyto děti. Navíc tak děti ve známém prostředí svého domova přijímají nové podněty. Osobní asistence také umožňuje doprovázení dětí do mateřské školy nebo do školy základní, speciální, pomocné či zvláštní. Zaměřuje se na volnočasové aktivity, rehabilitaci, a vychází z individuálních potřeb rodiny. Tuto službu poskytuje například **Středisko náhradní rodinné péče ve spolupráci s Nadačním fondem Rozum a cit**, (*občanské sdružení Rozum a cit se zaměřuje na vícedětné pěstounské rodiny a rodiny pečující o zdravotně postižené děti a sídlí na adrese Praha 7, Jablonského 4*), nebo **Nadace Dětský mozek** (*na adrese Praha 2, Na Rybníčku 14/1350*).
- **Denní centrum** (případně **denní stacionář**) je zařízení pro děti se specifickými potřebami. Posláním tohoto zařízení je výchova, vzdělávání, snížení zdravotních, sociálních rizik a zprostředkování návazných služeb. Cílovou skupinu zde tvoří zejména **rodiny pečující o dítě s postižením** (známé je v hlavním městě **Dětské centrum Arpida** nebo **denní stacionář – Dětské centrum Paprsek**

*(Dětské centrum Paprsek se nachází na adrese Praha 9, Šestajovická 19 a umožňuje denní pobyt pro děti od 3 do 18 let s výrazným psychickým, smyslovým, pohybovým, nebo kombinovaným postižením a učí děti pod dohledem logopedů, speciálních pedagogů a jiných odborníků sociálním návykům - u mentálně postižených dětí jsou často problémy s nevhodným chováním).*

- **Podporované a chráněné bydlení** je poskytováno osobám se závažným zdravotním a sociálním znevýhodněním, které vyrůstaly v pěstounské péči. Cílem je podpořit mladého člověka, aby mohl vést běžný způsob života ve vlastním bytě nebo v bytě poskytnutém organizací. Komplex služeb „chráněné bydlení“ umožňuje ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu s okolním prostředím, pomoc při prosazování práv a zájmů. Příkladem je **projekt Občanského sdružení Pod křídly**, jehož cílem je nabídnout **podporované bydlení mladým lidem**, kteří po dosažení plnoletosti odcházejí **z pěstounských rodin nebo dětských domovů** do samostatného života.
- Zařízení, která se komplexně specializují na konkrétní druhy postižení a nabízí **speciální, výchovně-vzdělávací strategie**. Příkladem je **A-centrum Modrý klíč se specializací na děti postižené autismem** (*toto zařízení poskytuje denní, týdenní stacionář, chráněnou dílnu a poradenskou činnost. Nachází se na adrese Praha 4, Smolkova 2*).

Smyslem všech těchto zařízení je nejen pomoc rodičům během náročné péče, ale také snaha dítě naučit samostatnosti, schopnosti zapojit se do společnosti a umožnit, v rámci možností konkrétního jedince, jeho vzdělávání a specifickou přípravu na budoucí povolání.

Podobnou péči a podporu na životní cestě bude třeba hledat i pro nedospělé mladé matky, kterým se předčasně narodilo dítě, také pro adolescenty, kteří zůstali náhle bez sociální opory, a pro mnohé další specifické kategorie a podoby lidských příběhů.

## 2.5.2 Profesionální pěstounská péče

V posledních letech bohužel ubývá žadatelů o náhradní rodinnou péči především pro skupinu opuštěných, zdravotně a sociálně znevýhodněných dětí. A proto se hledají možnosti nového řešení této situace a zavádějí se nové, **alternativní formy náhradní rodinné péče**. Domníváme se, že novou nadějí pomoci opuštěným dětem skýtá terapeutická či profesionální pěstounská péče, která je ve vyspělých zemích úspěšně již několik let využívána a je použitelná i v našich podmínkách. Vycházíme především z **rakouského modelu**, který se zdá být lépe aplikovatelný v našich podmínkách. Ovšem i v jiných zemích existují obdobné modely, které mohou být pro nás také velmi inspirativní.<sup>20</sup>

Model profesionální sociálně-pedagogické či terapeutické péče je založen na těchto východiscích:

- Je stále mnoho opuštěných dětí vyžadujících zvláštní péči (*děti s vrozenými vývojovými vadami, děti se zvláštními vývojovými riziky, děti s problematickými rodiči – nemocnými, tělesně postiženými, drogově závislími, alkoholiky, nebo trestanými*),
- je málo žadatelů o náhradní rodinnou péči pro tyto děti,
- zvláštní péče je často natolik náročná, že vyžaduje odbornou přípravu, výcvik a dlouhodobé pomocné vedení.

Hlavním smyslem profesionální pěstounské péče je **diagnostika dítěte v rodinném prostředí**, kde v optimálním případě při citlivé a účelné práci bude moci být dítě navráćeno do původní rodiny, jinak pro ně bude vyhledána rodina náhradní.

Přijímány by měly být děti vyžadující zvláštní péči na krátkodobé i dlouhodobé pobyty, během kterých bude stanovena psychosociální, zdravotní diagnóza a prognóza dítěte.

Během přechodném pobytu dítěte v tomto rodinném prostředí by měli být všemi dostupnými způsoby vyhledávání náhradní rodiče, kteří by se mohli s dítětem postupně seznámit a přijmout do své péče.

**Cílem tohoto modelu je tedy prevence ústavní výchovy.** V první řadě je však nutné při selhání rodinné péče se pokusit zachovat biologickou rodinu. Zde by měla nastoupit okamžitá intervence, podpora i sociálně-psychologická a zdravotní péče.

---

<sup>20</sup> Matějček, 2002, s. 31

### 2.5.3 Zařízení rodinného typu

Zařízení rodinného typu jsou pro děti vhodnější než ústavní výchova. Dítě je do zařízení umístěno ihned z porodnice a vzhledem k individuální péči je jediným „miminkem“ v rodinné buňce. Do zařízení rodinného typu jsou přijímány celé sourozenecké skupiny a když děti dosáhnou určitého věku, nemusejí měnit prostředí. Děti ze zařízení rodinného typu jsou lépe připraveny pro život a zapojení do společnosti (*přehled o domácnosti děti nezískají při několika exkurzích v ústavní kuchyni nebo velkokapacitní prádelně*). Takzvané tety pracují v týdenních směnách a tento systém automaticky vylučuje ženy s malými vlastními dětmi, takže odpadá riziko citové kolize mezi „mými dětmi v práci“ a „mými dětmi doma“. Určitou nevýhodou je, že teta po týdnu odejde a vystřídá jí druhá, ale tento systém se podobá střídavé péči rozvedených rodičů. Co se týče konkrétních problémů zdravotních, psychických nebo výchovných, je vhodné, když se „poučená teta“ obrátí s dítětem na odborníka, který je se zmíněným zařízením smluvně propojen. V zařízeních rodinného typu je možné při výchově dítěte spojit laskavost prostředí se všemi potřebnými požadavky moderní medicíny, pedagogiky i vývojové psychologie.

Příkladem zařízení rodinného typu je **projekt Fondu ohrožených dětí Klokánek**, jehož cílem je ústavní výchovu nahradit přechodnou rodinnou péčí na nezbytně nutnou dobu. Jedná se tedy o rodinnou alternativu ústavní péče.

Jiným příkladem je nestátní předškolní zařízení rodinného typu (*do 20 dětí*) a to **Mateřská škola Beruška** v Praze 9, Běchovicích, která je zařazená do sítě škol a předškolních zařízení Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy.

## 2.6 Péče o děti s postižením

Pro děti s vážnějším postižením je specifickou indikací pěstounská péče individuální a skupinová. Díky cílené osvětě, vycházející ze Středisek náhradní rodinné péče a podobných organizací, je v posledních letech i čím dál častěji praktikována. Lze tu patrně nejlépe spojit rodinnou péči s patřičnou dávkou profesionálního pečovatelského. Většina postižení s sebou přináší celkově zhoršený zdravotní stav (*poruchy imunitního systému, vrozené vývojové vady orgánů*) a jsou mnohdy součástí neurologických onemocnění.

Péče o zdravotně postiženého vyžaduje zpravidla rehabilitační cvičení, častá odborná vyšetření, léčebné zákroky a dalekosáhlé přizpůsobení provozu domácnosti a života rodiny jeho potřebám (*profesionální inhalátory, odsavače hlenů, pomůcky na parenterální výživu, speciální lůžka, které nejsou hrazeny zdravotními pojišťovnami ani jednorázovými dávkami sociální péče a tak dále*). Před vlastním přijetím zdravotně postiženého dítěte do péče je tedy nutné přihlížet k činitelům sociálním a také situačním (*jsou-li pěstouni schopni nejenom takovéto dítě přijmout, ale i cílevědomě o ně pečovat, jaká je dostupnost odborných služeb a podobně*).

Touha pomoci dítěti se zdravotním postižením - i za cenu velkého úsilí - je často dána možností vzájemného uspokojení víceméně „zvláštních“ potřeb dítěte i jeho pečovateli. Není výjimkou, že se zdravotně postižených dětí ujímají lidé věřící, kteří berou péči o handicapované děti jako své poslání.

## **2.7 Kontakt s původní rodinou**

V dnešní společnosti je zájem o nezaopatřené a téměř opuštěné děti vděčným tématem v médiích, a to zejména ze strany známých a populárních osobností. Osud rodiny, která se dítěte vzdává, však často zůstává v nejasném a nečitelném pozadí.

V literatuře i v médiích byly popsány případy vdaných matek, které nemohly oficiálně o dítě řádně pečovat vzhledem k finančním potížím nebo nevhodné bytové situaci. Časem se však u těchto matek ukázal pravý důvod - a tím byl individuální žebříček hodnot, který by však nebyl vůči společnosti v tomto případě morálně přijatelný (*partnerské problémy, kariéra, psychická nevyzrálост a nepřipravenost na rodičovství*).

V dnešní společnosti je fakt, že se takové matky mohou „schovat“ právě za důvody materiální povahy, velmi věrný a typický. Naštěstí bylo rozhodnutí těchto matek mnohdy na poslední chvíli změněno zásahem jiného blízkého člena, například návratem manžela nebo usmířením s rodiči, a je jen otázkou dohadů, zda-li to bylo v některých případech pro samotné dítě rozhodnutí správné či ne. Podstatné je to, že by se mělo k rozhodnutí biologických rodičů přistupovat s pochopením, a to vzhledem k jejich mentalitě a životní situaci.

Žadatele o adopci nebo adoptivní rodiče (často však i sociální pracovníky a ostatní zúčastněné odborníky) nanejvýš zajímá, zda vlastní matka dítěte byla nebo nebyla prostitutka, zda byl nebo nebyl pokrevní otec alkoholik a kriminálník a zda dali souhlas k osvojení dítěte, nebo zda jim byla rodičovská práva odebrána. Reálné životní situace lze však jen zřídka vtěsnat do takovýchto černobílých schémat a na druhou stranu stejně tak jako nemůžeme bagatelizovat zmíněné „oploštělé“ zájmy žadatelů např. při přijímání kojence nebo staršího dítěte, kdy je někdy naopak zachycen enormní zájem o kompletní rodinnou anamnézu.<sup>21</sup>

Vždy jde o velmi individuální záležitost a u každého dítěte je třeba ji posuzovat velmi opatrně. Ať už se však původní rodina starala o dítě sebehůře, byla (a stále bude) jeho součástí. Nikdy byste se neměly bát o ní s dítětem mluvit a pokusit se získat hmatatelné připomínky jeho dřívějších let. Existují však samozřejmě různé faktory, které mají vliv na to, zda, jak častý kontakt a jaká forma kontaktu s důležitými osobami z minulosti dítěte bude nejlépe vyhovovat vám i jemu.<sup>22</sup>

Takový kontakt je dle okolností u náhradních rodičů možné konzultovat a zprostředkovávat zkušenou „třetí stranou“ (*příslušný orgán sociálně-právní ochrany dětí*). V tomto ohledu je důležité, aby všechny strany měly čisté úmysly a myslely především na potřeby a zájmy dítěte.

Adopčním trojúhelníkem (někdy se také hovoří o adopční triádě) rozumí odborná literatura účastnické strany procesu osvojení, jejichž životní příběhy se mohou určitým způsobem doplňovat. Je zde myšleno **rodičovství biologické a psychologické**, které existují vedle sebe a spolu. Jedno však není pro druhé podmínkou. Jsou případy rodičovství biologického bez psychologického, když rodiče své děti opouštějí, a případy jen rodičovství psychologického bez biologického, když lidé, kteří vlastní děti nemají, přijímají cizí děti za své.

Ve vlastní biologické rodině musí být dítě svými lidmi „přijato“, aby se mohla rozvíjet vzájemná pozitivní, plodná, životodárná součinnost, a o psychickém přijetí dítěte rozhodují rodičovské postoje, které se utvářejí v počátcích časného dětství zkušeností s vlastními rodiči a následným životem v rodině. Z nejzákladnějšího pohledu tedy vyplývá, že právě v přijetí jsou si docela rovni rodiče vlastní stejně jako rodiče nevlastní.

---

<sup>21</sup> Matějček, 1999, s. 160

<sup>22</sup> Archerová, 2001, s. 100



To, co je třeba podporovat a rozvíjet, je především soucítění a empatie rodičů, aby dokázali vnímat, nahlédnout a reflektovat problémy a potíže svých dětí. Soucítění a empatie založené na porozumění jsou počátečním krokem pro to, aby se mnoha rodičům ulevilo a oni dokázali ulevit a pomoci svým vlastním dětem. Předpokladem vedení rodičů je ovšem soucítění a empatie ze strany odborníků, kteří se problematikou sociálně-právní ochrany dětí a mládeže a péčí o rodinu zabývají. Toto soucítění a empatie vyžaduje nejen patřičný výcvik, ale především vhodné profesní a „lidské“ podmínky pro vlastní terénní práci sociálních pracovníků a dalších odborníků, včetně přiměřeného počtu klientů na jednoho sociálního pracovníka.<sup>23</sup>

Z hlediska sociálního pracovníka jsou osobní pohovory s matkou, eventuálně s rodiči rozhodnutými k souhlasu s adoptí svého narozeného dítěte klidné, bez zbytečného sentimentu, rozhodně u většiny žen nevyvolávají žádné citové strádání nebo výčitky svědomí, jak se nám někdy snaží namluvit veřejné mínění. Můžeme tedy závěrem shrnout, že pohovory jsou prospěšné pro obě strany, neboť zlepšují informace o dítěti a ovlivňují pravděpodobnost správného výběru adoptivních rodičů a poskytují též pomoc pokrevním rodičům, prověřují správnost jejich rozhodnutí. Stojí tedy za to jim věnovat čas a úsilí a zařadit je do sociální práce.<sup>24</sup> (*Naštěstí je zde mateřský cit, který velí k okamžitému osvojení nejlépe ihned po porodu a k zajištění dobré budoucnosti dítěte*).

Náhradní rodiče však měli v některých případech k dispozici bohužel jen málo informací o minulosti dítěte i jeho biologické rodiny. Podrobnosti jednotlivých případů kompetentním pracovníkům většinou nepřípadaly tak důležité, aby je zaznamenali, nebo se pak vynechaly při psaní výsledných zpráv. Pokud nebylo špatné zacházení s dítětem přímo prokázáno, podezření se většinou neuváděly, nebo se celá záležitost zlehčovala, aby nepůsobila tak závažně. Na druhou stranu je důležité začít od toho, co je skutečně známo, a neměl by se vytvářet záměrně falešný příběh a představa o tom, co se v životě dítěte mohlo odehrát, protože i díky tomu může mít dítě pocit, že skutečně existuje.

U opuštěného dítěte, které se ocitlo v ústavu bez jakékoli dokumentace, se často nepodaří s jeho původní rodinou navázat žádné spojení. V takové situaci je možné dítěti poskytnout alespoň určitou míru kontinuity tím, že je mu zprostředkován kontakt s jinými důležitými osobami z minulosti – se zaměstnancem policie nebo nemocnice, který se o nalezené dítě postaral, s personálem kojeneckého ústavu, sociální pracovníci a podobně.

---

<sup>23</sup> Kovařík, 2004, s. 45

<sup>24</sup> Matějček, 1999, s. 122

## II. Praktická část

### 3 Popis problematiky

V dětských domovech se nachází většinou děti, o které se jejich biologičtí rodiče buď nemohou, nechtějí nebo neumějí postarat. Navíc na počátku dvacátého století šlo o poměrně zdravé a dědičně nezatížené děti svobodných matek a v současné době jde většinou o děti rómského původu, nebo také o děti s výraznou genetickou (hereditární) zátěží, které by bez kvalitní zdravotní péče jen těžce přežívaly (*jedná o děti s určitou smyslovou, tělesnou, mentální či kombinovanou vadou*).

Praktická část se zajímala právě o děti, které mají potřebu své postižení spíše překonávat tak, aby se vyrovnaly ostatním ve smyslu nezávislosti a tím se, v co největší míře, adaptovaly a zařadily do běžné společnosti lidí. Jejich snažení jim může velmi usnadnit náhradní rodinná péče, která individuálním přístupem, vřelostí a láskou, předčí mnohá kolektivní, ústavní zařízení.

#### 3.1 Cíl praktické části a účel průzkumu

Cílem praktické části bylo z malého průzkumného vzorku náhradních rodičů zjistit motivaci k přijetí opuštěného a navíc zdravotně postiženého dítěte se specifickými potřebami. Dále zjistit pomocí dotazníků, rozhovorů a pozorování, jaké služby sociální péče jsou využívány, jak bylo v praxi realizováno svěřením zdravotně postiženého dítěte do náhradní rodiny a co by kladně přispělo ke zlepšení systému náhradní rodinné péče.

### 3.1.1 Stanovení předpokladů průzkumu

1. Předpokládalo se, že rodiče, kterým bylo svěřeno zdravotně postižené dítě se speciálními potřebami do náhradní péče, již měli vlastní handicapované dítě a vycházeli ze svých osobních zkušeností.
2. Předpokládalo se, že náhradní rodiče budou více upřednostňovat tělesná a smyslová postižení před postižením mentálním a kombinovaným.
3. Předpokládalo se, že zdravotně postižené děti budou, v případě splnění všech předpokladů, z hlediska rychlosti řízení umisťovány do péče v náhradních rodinách mnohem rychleji než děti zdravé.

## 3.2 Použité metody

V praktické části byl k získání ucelených a srozumitelných výpovědí zvolen **smíšený průzkum**.

V malém průzkumném vzorku respondentů byl použit částečně řízený, nestandardizovaný rozhovor s přímými otázkami s použitím diktafonu na přehrávači MP3 a s písemným zápisem. Tázaný s konkrétní formou registrace rozhovoru předem souhlasil.

Otázky v rozhovoru vycházely z dotazníku, zejména z dotazníkových otázek číslo 2, 6, 8, 9, 10, 11, 12 a 14 (viz **příloha A/2**). Výsledná interpretace provedených rozhovorů v praktické části provází kapitoly **3.4; 3.4.1; 3.5; 3.6.2; 4 a 5**.

**Výhodou** této metody byla osobní konfrontace, ve většině případů s celou rodinou případně s odborníky na náhradní výchovnou péči. Během rozhovorů byly také zjištěny skutečnosti, které v dotazníkovém šetření nebyly obsaženy. Jednalo se zejména o vztahy v rodině a s blízkým okolím a poznatky o svěřených, zdravotně postižených dětech.

**Nevýhodou** byla kvantifikace velkého množství poznatků a zejména časová, psychická i finanční náročnost prováděného průzkumu.

Během rozhovorů byla současně užitá metoda přímého, krátkodobého **pozorování**. Tato metoda zjišťovala zejména verbální a neverbální projevy všech účastníků v náhradní rodině během besedy.

K hromadnému zjišťování dat byl použit nestandardizovaný **dotazník** s otevřenými i uzavřenými (výčtovými) otázkami (viz **příloha A/2 – nestandardizovaný dotazník**).

Smyslem použité metody byla snaha získat jasné a spontánní odpovědi respondentů.

V dotazníku byla náhradním rodičům položena **otázka č. 1** ke zjištění počtu vlastních a svěřených dětí. Tato otázka **měla ověřit 1. předpoklad**. Handicapová specifikace v otázce **č. 2** byla použita pro **ověření 2. předpokladu**. Odpovědi na formu náhradní péče o svěřené dítě v otázce **č. 3** sloužily ke specifikaci (rozlišení) náhradních rodičů, coby průzkumného vzorku. Dotazníkové otázky **č. 4 a č. 5** se ptaly na věk svěřených, zdravotně postižených dětí v době přijetí a v době prováděného malého průzkumu. Odpovědi byly použity u náhradních rodičů k určení délky praxe v péči o tyto děti. Zjištění mělo poukázat na osobní zkušenosti průzkumného vzorku rodičů s dětmi. Otázka **č. 6** byla položena pro **zjištění motivace a důvodů náhradních rodičů pro přijetí zdravotně postiženého dítěte a byl tím sledován jeden z hlavních cílů této práce**. Otázka **č. 7** **měla ověřit 3. předpoklad** a dotazovala se na celkovou dobu umístění postiženého dítěte do náhradní rodiny. Otázka **č. 8** zjišťovala u náhradních rodičů, za jakých podmínek došlo k umístění dítěte do náhradní rodiny. Odpovědi na tyto podmínky, zejména během „aktivu“ kompetentních úřadů, byly použity k dosažení cíle v této práci. **Ke zjištění cíle praktické části** byly dále stanoveny **otázky č. 9, č. 10 a č. 11**, které se vztahovaly ke zjištění schopnosti vzájemné akceptace a adaptace mezi svěřeným dítětem, náhradní rodinou a blízkým okolím. Na využití současných služeb sociální péče a nové podněty ke zlepšení stávajícího systému náhradní rodinné péče byly určeny otázky **č. 12 a č. 14**, které opět naplňovaly cíl praktické části. Otázka **č. 13** byla použita pro upřesnění autora, který vyplnil všechny dotazníkové otázky, jejichž odpovědi byly v této práci shrnuty zejména v kapitole **3.5**.

Nevýhodou u dotazníků, které se vrátily cestou České pošty, byla závislost pouze na introspekci a pečlivosti dotazovaných. Některé dotazníky byly nečitelné, nebo neúplné a výsledky se poté nedaly použít.

### 3.3 Popis průzkumného vzorku

K dosažení cíle praktické části byli zvoleni náhradní rodiče, kteří pečovali o svěřené, zdravotně postižené dítě (nebo děti). Rozsah průzkumného vzorku tvořilo 18 manželských párů náhradních rodičů z Prahy, středočeského a severočeského kraje. Během malého průzkumu se podařilo použít upotřebitelná data ze 14 náhradních rodin, které tvořily 77,78% z celkového výběru. Z dotazníkové otázky číslo 3 vyplynulo, že se převážně jednalo o rodiče, kteří měli zdravotně postižené děti v individuální pěstounské péči. (viz **TABULKA 3 – FORMA PÉČE O SVĚŘENÉ DÍTĚ**).

**TABULKA 3 – FORMA PÉČE O SVĚŘENÉ DÍTĚ**

Forma náhradní rodinné péče	Počet rodin	%
Individuální pěstounská péče	11	78,57
Pěstounská péče na přechodnou dobu	1	7,14
Adopce	2	14,29
	14	100

Ze 14 náhradních rodin mělo 5 manželských párů nejčastější tříletou praxi se svěřenými, zdravotně postiženými dětmi a nejdelší praxe rodičů byla šestiletá (viz. **TABULKA 4 – PRAXE NÁHRADNÍCH RODIČŮ na straně číslo 49 této práce**).

Věk náhradních rodičů nebyl v praktické části zjišťován, neboť pěstounská a zejména adoptivní péče je velmi citlivé téma na osobní údaje (princip důvěrnosti). Čtyři manželské páry náhradních rodičů se odmítly vyjádřit (princip svobody). U ostatních 14 oslovených rodin byla interpretace dat zcela anonymní, popřípadě pod smyšlenými jmény.

### 3.4 Průběh průzkumu

Téma náhradní péče o dítě a rodinu bylo zvoleno na základě osobního působení ve Speciální mateřské škole s internátem na adrese Praha 8, Drahaňská 779. Jedná se o zařízení, které přijímá děti od 3 do 7 let na základě rozhodnutí soudu, a to na návrh příslušného orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Tento návrh byl vždy podpořen dobrovolným souhlasem zákonných zástupců dětí, tedy biologických i náhradních rodičů. Speciální škola usiluje o všestranný rozvoj osobnosti zdravotně postižených dětí, dětí s nejistou prognózou, dětí s vývojovými poruchami nebo s poruchami pozornosti.

Vzhledem k získaným poznatkům ze speciální školy jsem si byl vědom toho, že i malý průzkum do rozsáhlé problematiky náhradní rodinné péče bude problémový. Nepředpokládal jsem však, jak často budu, během získávání poznatků, překonávat různé překážky.

Na začátku průzkumu bylo provedeno šetření ke zjištění současné realizace svěření zdravotně postiženého dítěte do náhradní rodinné péče. Bylo třeba také získat informace a potřebné podklady na náhradní rodiče, kteří by se stali součástí průzkumného vzorku. Návštěva byla provedena u dvou pracovníků orgánu sociálně-právní ochrany dětí městských částí Prahy 9 a Prahy 7, dále ve Středisku náhradní rodinné péče na adrese Praha 1, Jelení 91 a také ve známém Fondu ohrožených dětí. V těchto institucích však nebylo nic bližšího zjištěno, neboť oslovené pracovnice profesionálně vystupovaly s odkazem na právo ochrany osobních dat a utajovaných skutečností (*během jedné návštěvy v kanceláři úřednic byly ze stolů schovávány i kalendáře s poznámkami*). Z důvodu časové vytíženosti se v průběhu tohoto šetření objevily potíže i v domluvě společného termínu možného rozhovoru.

Znatelný posun byl zaznamenán až díky vstřícnosti paní Svobodové, kterou jsem osobně znal právě ze Speciální mateřské školy. Manželé Svobodovi tuto školu navštěvovali se zdravotně postiženým chlapečkem, kterého měli svěřeného do individuální pěstounské péče (*biologická matka samoživitelka, jako zákonný zástupce, souhlasila s péčí odborníků ve škole*). Z několika rozhovorů byly získány cenné informace a po domluvě umožněna osobní účast na aktivitě zvané „příprava budoucích náhradních rodičů k přijetí dítěte do rodiny“ (*touto přípravou manželé Svobodovi v minulosti také prošli, a protože se oba hrdě hlásili ke křesťanské víře, společné rozhovory byly nejen přínosné, ale i časově náročné*).

Osobní návštěva na přednášce v kojeneckém ústavu na adrese Praha 4, Sulitská 120, proběhla ve velice loajálním duchu. S laskavým svolením kompetentních pracovníků byly pořízeny výpisky i záznam zvuku na diktafon přehrávače MP3.

Smyslem tohoto přípravného kurzu bylo poskytnout zejména budoucím pěstounům potřebný základ vědomostí o specifických otázkách náhradní rodinné péče, zprostředkovat reálné informace o situaci a potřebách dětí žijících mimo vlastní rodinu a umožnit náhled na vlastní předpoklady pro přijetí dítěte. V rámci kurzu proběhlo setkání s odborníky a také s pěstouny či osvojiteli, kteří sdělovali vlastní zkušenosti a zodpovídali na dotazy. Kurz proběhl formou přednášky, kde bylo osm zástupců v pozici žadatelů o **pěstounskou** péči, kteří měli poté projít, přes odborné psychologické vyšetření, až k přednáškám ve Středisku náhradní rodinné péče. Bylo zjištěno, že v hlavním městě Praze žadatelé o pěstounskou péči u starších dětí či žadatelé o adopci absolvují přednášku v Institutu náhradní rodinné péče, se sídlem Praha 3, Orlická 9.

Po těchto zkušenostech byli ve výsledku zjištěni a do malého průzkumu začleněni konkrétní náhradní rodiče, a to pěstouni i osvojitelé z Prahy, středočeského a severočeského kraje.

Během průzkumu se podařilo zkontaktovat, do té doby velmi vytíženou, pracovníci orgánu sociálně-právní ochrany dětí Městského úřadu pro Prahu 8 paní Jarmilu Kaňkovskou, se kterou bylo provedeno pět volných, níže zaznamenaných rozhovorů. Tato pracovnice současně doporučila ke spolupráci nejmenovanou pracovníci sociálního odboru městské části Prahy 14. Na této městské části se po domluvě podařilo získat několik důležitých, neoficiálních, statistik svěřených handicapovaných dětí do náhradní rodinné péče na území hlavního města Prahy.

Oficiálně se tedy nepodařilo zjistit žádné kontakty na náhradní rodiče a tento malý průzkum byl založen výhradně na laskavosti a ochotě několika pěstounských, adoptivních rodičů a sociálních pracovníků.

Během počátečního nadšení ze získání alespoň velmi malého počtu náhradních rodičů však první oslovená náhradní rodina poskytla pouze strohé informace a to elektronickou cestou (emilem) a výsledek nemohl být použit. U dalšího páru náhradních rodičů byla po telefonické domluvě zjištěna adresa, na kterou byl zaslán v obálce o rozměru A4 dotazník (**příloha A/2**) s přiloženou menší obálkou (o rozměru A5), známkou a průvodním dopisem se zpětnou adresou (**příloha A/1**).

Odpověď však nebyla zpět doručena a po opětovném telefonickém dotazování byly uváděny osobní důvody. Během předběžného telefonického šetření také jeden z respondentů odmítl vyplňování dotazníku. Souhlasil však s rozhovorem, ale po opakovaných kontaktech nebyl k zastížení. V jiném případě byli ochotni náhradní rodiče, s dlouholetou zkušeností v náhradní rodinné péči, poskytnout rozhovor pouze o víkendu mimo trvalé bydliště v restauraci u mezinárodní dálnice. Tento rozhovor nebyl také uskutečněn.

Vzhledem k finanční nákladnosti zejména telefonického šetření a poštovního doručování, byla pro začátek zvolena zejména internetová komunikace (email, komunikační portál ICQ nebo SKYPE) a až poté byly rozeslány dotazníky s průvodním dopisem, ve kterém byl opět připomenut důvod dotazování s cílem průzkumu.

V jednom případě se vrátil vyplněný dotazník spolu s příjemným dopisem, ve kterém byla mimo jiné pozvánka na častější osobní kontakt.

Další součástí malého průzkumu byly částečně řízené rozhovory s pěstouny a adoptivními rodiči. Díky prvotnímu provedenému šetření přes internet byla využita možnost domluvy společného termínu a způsobu získání potřebných údajů. Takový způsob ušetřil nemalé finanční náklady (na úkor času stráveného u počítačové techniky).

Všechny rozhovory probíhaly, až na jediný, doma v rodinách a po předchozím souhlasu tazatelů byly průběžně zapisovány důležité pasáže na papír a zaznamenány diktafonem na přehrávači MP3. Náhradní rodiče byli díky předchozímu šetření již předem připraveni na základní okruh otázek vycházející z dotazníku, který jim byl v průběhu rozhovoru také nabídnut k vyplnění.

Jednalo se tedy spíše o deskriptivní charakter práce, kde byla projevována snaha pomocí dotazníků a rozhovorů nastínit předpokládaný stav náhradní rodinné péče o děti se zdravotním postižením. Po delší úvaze byly tedy vybrány všechny dostupné metody, které v rámci možností přispěly k dosažení cíle.

**Celkem tedy bylo uskutečněno 5 rozhovorů s náhradními rodiči, 5 rozhovorů s pracovníci orgánu sociálně-právní ochrany dětí Městského úřadu pro Prahu 14 a pro Prahu 8 a získáno 13 dotazníků od náhradních rodičů.**



### 3.4.1 Rozhovor s pracovníci městského úřadu

Rozhovor s pracovníci orgánu sociálně-právní ochrany dětí Městské části pro Prahu 8 byl většinou hodinový, s použitím diktafonu na přehrávači MP3 a výpisků do záznamového archu. Ze všech zaznamenaných informací vyplynula velmi náročná a odpovědná pozice sociálního pracovníka v oblasti náhradní výchovné péče. Průběžně byly zaznamenány tyto zjištěné skutečnosti:

„Současný systém náhradní rodinné péče je rozdělen do dvou kategorií. První kategorii představuje péče v přirozených podmínkách, kterou reprezentuje zejména adoptivní či individuální pěstounská péče. Druhou kategorii tvoří náhradní rodinná péče ve zvláštních zařízeních pro výkon pěstounské péče. Jedná se zpravidla o zařízení Fondu ohrožených dětí, které vyžadují okamžitou pomoc, nebo domovy rodinného typu.

Sociální pracovník je první z odborníků, který vstupuje do kontaktu s pěstounskou či adoptivní rodinou a shromažďuje první údaje o dítěti a žadatelích. Jeho zjištění slouží jako nezbytný orientační bod a východisko pro šetření dalších specialistů. Práce sociálního pracovníka by však také měla působit jako určitý stabilizační faktor, který sleduje a podporuje postavení dítěte v nové rodině. Jde především o děti sociálně osiřelé, což jsou v dnešní době děti s biologickými rodiči, kteří se o ně **nemohou, neumějí, nebo nechtějí starat.**

Pokud veškeré sociálně výchovné a sanační opatření nevedlo k nápravě, začíná se uvažovat o náhradní rodinné péči. Sociální pracovník vypracuje a zasílá na odbor sociální péče a zdravotnictví magistrátu, nebo krajského úřadu, **průvodní zprávu**, která obsahuje průběh práce s rodinou a historii dítěte. Jedná se o takzvanou **sociální diagnózu**, která obsahuje závěrečný návrh na formu náhradní rodinné péče (*pojem sociální diagnóza zde znamená zhodnocení sociální, zdravotní, a psychické situace dítěte*). Ze sociálně-právního hlediska je základním faktorem indikace náhradní rodinné péče neexistence, rozbití nebo přerušení vztahu k vlastním rodičům. Při hodnocení se hájí zejména zájem dítěte.

Do skupiny rodičů „**nemohou**“ se počítají rodiče s chronickou nemocí fyzickou, psychickou, popřípadě takový stupeň invalidity, že nemohou péči o dítě řádně zabezpečovat. V těchto případech se zkoumá, od samého počátku, umístění dítěte v pěstounské péči, nejlépe se souhlasem biologických rodičů. Je-li to však v zájmu dítěte, a rodič nesouhlasí, přestože je zřejmé, že se dlouhodobě o dítě starat nemůže, je vhodný pokus uvolnit dítě i přes nevoli rodičů (pokud se navíc rodiče starají o dítě pouze formálně).

Rozhodování o všech těchto skutečnostech není snadné, ale ze zkušenosti jiných je vhodné hledat pěstouny již v nižším věku dítěte, neboť **s rostoucím věkem šancí na nalezení náhradní rodiny ubývá.**

Do skupiny rodičů „**neumí**“ se řadí rodiče s takovou formou nezájmu a nedostatečnou péčí, že je nutné děti posílat na dobrovolné pobyty do zařízení pro okamžitou pomoc, nebo děti navštěvují týdenní mateřské školy. Pokud rodina neodstraní překážky, které jim v péči o dítě brání, a dítě opravdu jen pohodlně odloží, je to impuls pro hledání rodiny náhradní.

Rodiče, kteří se od počátku o dítě starat **nechtějí**, jsou často mladí a nezralí. Takové dítě je třeba zabezpečit právně, a to buď získáním souhlasu s osvojením, nebo vyslovením soudního dvou či šestiměsíčního nezájmu.

**Dítě k osvojení** by mělo být tělesně a duševně zdravé, s předpokladem normálního vývoje. Ke zjištění tohoto stavu je mimo jiné důležitá i podrobná anamnéza u pokrevních rodičů.

**Lékař však u dětí může zjistit těžkou poruchu zdraví bez příznivé prognózy**, má se tím na mysli například mentální retardace různého stupně, těžké vrozené a získané vady, nejistá prognóza u dětí s epileptickými záchvaty, nebo výrazné poruchy osobnosti.

Při zpracování **rodinné anamnézy** je nutné zaznamenat i sociální patologii rodiny a zhodnotit péči a vztah rodičů k dítěti. Na tomto základě lze usuzovat dědičná zátěž a možné sklony dítěte.

Pro kvalitní informovanost všech rodičů **je u osobní anamnézy dítěte** nutné zjistit maximum informací. U dětí určených pro adopci, kdy je pravděpodobné, že matka již nedojde podepsat souhlas s osvojením po „šestinedělí“, je na místě spolupráce se sociálními pracovníky porodnic, a to pro zjištění kvalitních anamnéz ještě v době, než rodička opustí porodnici.

**U výběru rodičů** je třeba zachytit a vyloučit negativní motivaci, vlastnosti a negativní postoje, jako například:

- zda dítě nemá být prostředkem k udržení rozpadávajícího se manželství,
- zda nemá vyplnit bolestnou prázdnotu po ztrátě vlastního dítěte,
- zda není považováno za jeden z doplňků životního standardu,
- zda nejsou vedeni snahou získat pro svého vlastního „jedináčka“ spíše hračku, než kamaráda a sourozence,
- zda nechtějí dítě proto, aby se staralo o jejich vlastní dítě.

Budoucí náhradní rodiče by měli být lidé vyrovnaní, schopní řešit své eventuální problémy s ohledem na svěřené dítě, trpěliví a také nepříliš nároční. Sociální pracovník by se při pohovoru měl zmínit i o **biologickém a psychologickém rodičovství**.

Jeden z předpokladů úspěšnosti náhradní rodinné péče je, pokud uchazeč a dítě vytváří přirozený generační rozdíl. To by však současně mělo korespondovat s ohledem na dnešní vývoj ve společnosti. Starší žadatelé s bohatými zkušenostmi a zájmy, s dobrou fyzickou i psychickou kondicí, kteří svým věkem neodpovídají na přijetí dítěte – kojence, jsou z praxe vhodní pro dítě starší šesti let.

Sociální pracovník se může setkat s žadateli o obě formy náhradní rodinné péče, ačkoli po pohovoru vyjde najevo, že to jsou typicky nároční osvojitelé. Vzhledem k tomuto je třeba žadatele upozornit na podstatu pěstounské péče:

- Jedná se často o děti se zdravotním handicapem, se špatnou prognózou, děti s výchovnými poruchami, poruchami učení, těžkým deprivacním syndromem, mentální retardací, s lehkou mozkovou dysfunkcí, neurotizované, sociálně zanedbané, děti s určitými nápadnostmi, které překračují běžné normy (malformace v obličeji, rukou, obezita, nehezkost, rasové rysy), děti, jejichž rodiče mají těžkou psychickou poruchu, děti alkoholiků.

Existují zde **rizika prenatální**:

- mentální deficit v rodinné anamnéze, nedonošenost, nezralost dítěte, toxémie matky (infekce během těhotenství), předporodní krvácení, zmnožení plodové vody (hydramnion), ozáření těhotné matky rentgenem, incest nebo mozková obrna.

a **rizika perinatální**:

- těžká asfyxie novorozence (porodní přidušení), křeče, mozkové krvácení či mozková obrna.

Pro úspěšné přijetí takovýchto dětí do pěstounské péče se zpravidla upřednostňují rodiče, kteří jsou ochotni svoji kariéru pozastavit a věnovat se specifické a náročné péči o dítě na plný úvazek.

**Sociální pracovník vypracovává zprávu o situačních faktorech**, což jsou sociální poměry žadatelů (hmotné zaopatření, úroveň bydlení). K posouzení **indikačních faktorů** pro vhodné náhradní rodiče se v praxi vyjadřují i jiní odborníci, například lékař (somatické defekty, psychická onemocnění) nebo psycholog (stav manželství, intelektová úroveň).“

Z rozhovorů se od pracovníků orgánů sociálně-právní ochrany dětí Městské části Prahy 8 a Prahy 14 dále podařilo shodně zjistit, že mezi občany je stále velký zájem o adoptivní děti. **Adoptivních a právně volných dětí je však málo a počet neuspokojených žadatelů v současné době mírně stoupá.** Čekací doba je až tři roky od podání žádosti (v Praze minimálně 18 měsíců), a krátí se v přímé úměře s tolerancí žadatelů.

„Pěstounská péče v praxi ukázala časté výchovné problémy dětí starších 10let. V tomto věkovém období dítěte nejsou obvykle pěstouni připraveni zvládnout odlišnosti dosavadního vývoje dítěte, jsou zaskočeni jeho výchovnými poruchami a negativními vlivy, které na děti dosud působily zejména v kolektivních zařízeních. Zkušenosti z dosavadního vývoje pěstounské péče prokázaly, že nejvhodnějším věkem příchodu dítěte do rodinného prostředí je **předškolní věk.**

Děti s narušenou emocionalitou a různými druhy abnormálních projevů se někdy zvládají jen s vynaložením obrovského množství energie. Pěstouni by měli být také přístupní zásahům „zvenčí“ (spolupráce se sociálními pracovníky, případně i s psychology). O potřebnosti poradenské péče by měli být pěstouni přesvědčeni již v počátcích procesu řešení své žádosti.“

### **3.5 Získaná data a jejich interpretace**

V malém průzkumu se podařilo zkontaktovat 18 párů náhradních rodičů. Ve 4 případech nemohly být do průzkumu výsledky přičteny. **Výsledná data se vztahovala k 15 zdravotně postiženým dětem ze 14 náhradních rodin.** Po odeslání dotazníků přes Českou poštu se vrátilo **9 akceptovatelných dotazníků a 4 dotazníky byly získány během rozhovorů.** Návratnost dotazníků tedy byla 72,22%. U 1 rozhovoru nebyl vyplněn dotazník, protože se rozhovor - jako jediný - odehrával mimo rodinu respondentů a okolnosti k vyplnění dotazníku nebyly příznivé.

**Dotazníková otázka č. 1 - Kolik zdravotně postižených dětí máte vlastních a kolik svěřených do náhradní péče?**

Z dotazníkového šetření v náhradních rodinách vyplynulo, že u **3** rodin již dítě s nezjištěným handicapem v rodině vyrůstalo jako vlastní, u **9** rodin se jednalo o jediné dítě se zdravotním postižením v rodině a **1** rodina již měla druhé svěřené dítě se zdravotním postižením. **Z rozhovoru**, během něhož nebyl vyplněn dotazník, vyplynulo, že tito náhradní rodiče mají první svěřené dítě se zdravotním postižením. (viz **tabulka 1 - VLASTNÍ A SVĚŘENÉ DĚTI**).

**TABULKA 1 – VLASTNÍ A SVĚŘENÉ DĚTI**

Počet náhradních rodin	Počet handicapovaných dětí	%
3	1 vlastní a 1 svěřené	21,43
10	1 svěřené	71,43
1	2 svěřené	7,14
14	15	100

**Dotazníková otázka č. 2 - Napište prosím, jaký zdravotní handicap má (mají) Vaše dítě (děti) v náhradní rodinné péči?**

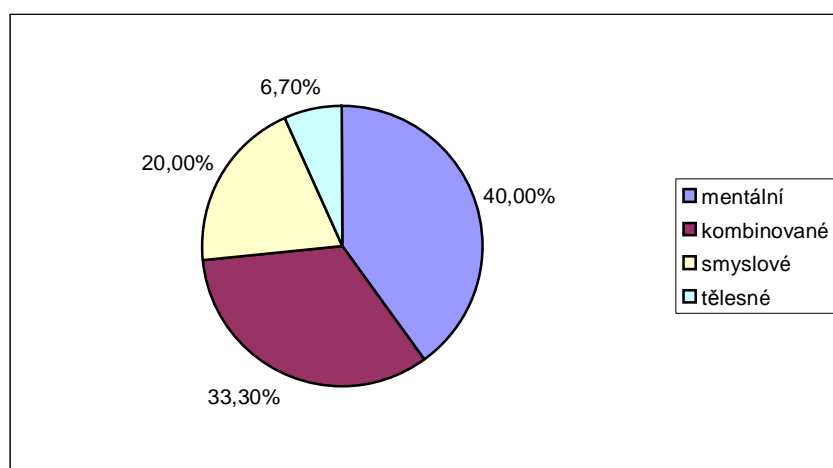
Z výsledků dotazníkového šetření se podařilo zjistit, že ze 14 zdravotně postižených dětí v náhradní péči rodičů je **5** dětí s mentálním postižením, **4** děti s kombinovaným postižením, **2** děti smyslově postižené, **1** tělesně postižené a jedna náhradní rodina s **1** mentálně a **1** smyslově postiženým svěřeným dítětem. **Z rozhovoru** (bez dotazníku) vyplynulo, že tito náhradní rodiče mají **1** svěřené dítě s kombinovaným handicapem (viz **tabulka 2 - druhy postižení u dětí**)

*Během jednoho rozhovoru ukazovala názorně pěstounská maminka, jak dokáže být středně těžce mentálně postižené 8leté dítě, velmi srdečné a mazlivé. U dětí různého věku byl znatelný různý stupeň postižení a motorických dovedností.*

**TABULKA 2 - DRUHY POSTIŽENÍ U DĚTÍ**

Zdravotní postižení	Počet handicapovaných dětí	%
Mentální	6	40
Kombinované	5	33,33
Smyslové	3	20
Tělesné	1	6,67
Jiné postižení	0	0
	15	100

Malý průzkum ukázal, že nejčastěji svěřené byly **mentálně postižené děti**, které tvořily celých 40% z 15 dětí v náhradních rodinách (viz Graf 1 – druhy postižení u dětí).



**Graf 1 – druhy postižení u dětí**

**Dotazníková otázka č. 3 - Jakou formou náhradní péče se staráte o dítě (děti) se zdravotním postižením?**

Z výsledků dotazníkového šetření vyplynulo, že se v průzkumném vzorku respondentů nachází **10** individuálních pěstounských rodin, **1** rodina s postiženým dítětem v pěstounské péči na přechodnou dobu (*vzhledem k profesi náhradní matky*) a **2** rodiny, které mají zdravotně postižené děti v přímé adopci (*k přímé adopci bylo přistoupeno s ohledem na věk dětí a jiným okolnostem*).

**Z rozhovoru** vyplynulo, že tito náhradní rodiče jsou individuální pěstouni.

V průzkumném vzorku tedy **převažovaly individuální pěstounské rodiny**, kterých bylo 11, to je **78,57% ze 14 rodin** (viz TABULKA 3 – FORMA PÉČE O SVĚŘENÉ DÍTĚ).

**TABULKA 3 – FORMA PÉČE O SVĚŘENÉ DÍTĚ**

<b>Forma náhradní rodinné péče</b>	<b>Počet náhradních rodin</b>	<b>%</b>
Individuální pěstounská péče	11	78,57
Pěstounská péče na přechodnou dobu	1	7,14
Adopce	2	14,29
	14	100

Dotazníková **otázka č. 4 - Kolik roků mělo zdravotně postižené dítě (děti) v době (jejich) přijetí do Vaší rodiny?**

Z dotazníků byl zjištěn věk svěřených dětí v době přijetí do náhradní rodinné péče, kdy **1 rodina** měla dvě děti se zdravotním postižením ve věku **7 měsíců a 5 let**, **1 rodina** měla **8 měsíční dítě**, **3 rodiny** měly svěřené děti ve věku **3 let**, **3 rodiny** měly děti ve věku **5 let**, **1 rodina** měla dítě na počátku ve věku **6 let**, **1 rodina** měla **dítě od 7 let**, **1 rodina** měla svěřené **dítě ve věku 8 let** a **2 rodiny** měly děti ve věku **9 a 12 let**.

**Z rozhovoru** (bez dotazníku) vyplynulo, že tito rodiče měli v době svěření **5leté dítě**.

Pro větší přehlednost byly na stránce č. 49 této práce, u dotazníkové otázky č. 5, **v tabulce 4 – praxe náhradních rodičů**, zaznamenány konkrétní věkové intervaly, které sloužily pro výpočet délky praxe náhradních rodičů v péči o svěřené zdravotně postižené děti. Jednalo se o praxi rodičů v době průzkumu.

Dotazníková **otázka č. 5 – Kolik je v současné době Vašemu svěřenému zdravotně postiženému (postiženým) dítěti (dětem) v rodině?**

Z došlých dotazníků bylo zjištěno, že **1 rodina** měla dvě děti již ve věku **18 měsíců a 7 let**, **1 rodina** měla v péči dítě, které v době průzkumu mělo **32 měsíců**, **3 rodiny** měly děti ve věku **5, 6 a 7 let**, **3 rodiny** měly děti ve věku **10, 10 a 11 let**, **1 rodina** měla svěřené dítě, které mělo v době průzkumu **9 let**, **1 náhradní rodina** měla již **12leté dítě**, **1 rodina** měla **11leté dítě** a **2 rodiny** měly děti ve věku **12 a 15 let**. **Z rozhovoru**, u kterého se nepodařil vyplnit dotazník, vyplynulo, že rodiče pečovali v době průzkumu o **9leté** svěřené dítě.

Pro výpočet délky praxe náhradních rodičů, v době průzkumu, v péči o svěřené zdravotně postižené děti, byly v tabulce 4 - PRAXE NÁHRADNÍCH RODIČŮ použity informace i z předchozí dotazníkové otázky č. 4.

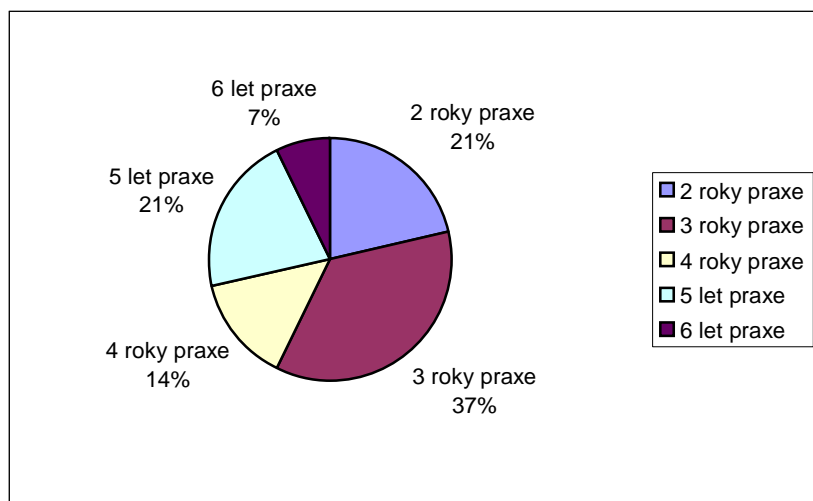
**TABULKA 4 – PRAXE NÁHRADNÍCH RODIČŮ**

<b>Věk svěřeného dítěte v době příchodu</b>	<b>Věk dítěte v době průzkumu</b>	<b>Praxe náhradních rodičů</b>
7 měsíců	18 měsíců	<b>11 měsíců</b>
5 let	7 let	<b>2 roky</b>
8 měsíců	32 měsíců	<b>2 roky</b>
3 roky	5 let	<b>2 roky</b>
3 roky	6 let	<b>3 roky</b>
3 roky	7 let	<b>4 roky</b>
5 let	10 let	<b>5 let</b>
5 let	10 let	<b>5 let</b>
5 let	11 let	<b>6 let</b>
6 let	9 let	<b>3 roky</b>
7 let	12 let	<b>5 let</b>
8 roků	11 let	<b>3 roky</b>
9 let	12 roků	<b>3 roky</b>
12 roků	15 let	<b>3 roky</b>
5 let	9 roků	<b>4 roky</b>
Celkem 15 dětí	Nejstarší dítě je 15leté	<b>Nejdelší byla 3letá praxe</b>

Z celkových 14 náhradních rodin mělo 5 rodin nejčastěji tříletou praxi se svěřenými zdravotně postiženými dětmi, což je 37% rodin v průzkumném vzorku (viz Graf 2 - praxe náhradních rodičů).

Věk svěřených dětí byl v rozmezí od 7 měsíců do 15let a maximální délka rodičovské praxe byla 6 let.





**Graf 2 - praxe náhradních rodičů**

**Dotazníková otázka č. 6 – Popište prosím stručně důvod Vašeho rozhodnutí pro přijetí zdravotně postiženého (*postižených*) dítěte (*děti*) do náhradní rodiny?**

Vzhledem k tomu, že se získané odpovědi z dotazníků a rozhovorů ve svém smyslu několikrát opakovaly, byly použity nejvýstižnější výpovědi respondentů:

1. „Po velice nepříjemných a smutných zkušenostech s rodiči moc roztomilé a energické holčičky jsme se rozhodli po uplynutí dvou let pro mentálně postiženého Lukáška, který byl právně volný do individuální pěstounské péče. Zákonní zástupci (biologičtí rodiče) zdravé Aničky totiž neadekvátně rozhodovali a hrubě zasahovali do výchovy v dětském domově.“
2. „Jsme manželé v produktivním věku, máme za sebou výchovu vlastních zdravých dětí a jsme přesvědčeni, že se dokážeme postarat i o děti, kterým život v láskyplné rodině pomůže překonat mnohá úskalí života lépe než v jakýchkoliv ústavech.“
3. „Další a vážnější postižení Káji se projevilo až po roce pěstounské péče, hodně nás to zaskočilo, i když nám o tom v ústavu říkali dopředu. Naštěstí jsme měli velice dobré zkušenosti ze speciální mateřské školy pro děti s kombinovaným postižením. Kája dostal roční odklad do školy a to mu hodně prospělo.“
4. „Dostali jsme slabozrakého Pétu do přímé adopce z kojeneckého ústavu. Bylo to moc rychlé, ale jsme šťastní“ (*Podobný případ byl u přímé adopce tělesně postiženého Honzíka*).
5. „Manželka dělala dlouho v kojeneckém ústavu, přestěhovali jsme se a teď dělá v dětském domově se školou, kde si zamilovala Jirku, a teď ho máme v pěstounské péči na přechodnou dobu“ (*Matka samoživitelka byla toho času ve výkonu trestu odnětí svobody a malý Jirka si užíval domov plný lásky*).

V této části z malého průzkumu vyplynulo, že u **7 náhradních rodin** vznikly komplikace a rozepře s biologickými rodiči, díky kterým se právní uvolnění u soudu neúměrně prodlužovalo. **Vznikl zde předpoklad, že by tato skutečnost mohla být jednou z příčin, proč je v dětských domovech tolik starších dětí, které většinou již nikdo nechce.**

Ve **2** rodinách již byly děti vychovány a rodiče projeví touhu pomoci zdravotně postiženým dětem.

Ve **2** případech bylo zdravotní postižení dítěte zjevné až po delším působení v náhradní rodině a i přes velkou zátěž rodičů tyto děti zůstaly v individuální pěstounské péči. Jedna z těchto náhradních rodin byla oslovena **pouze rozhovorem**.

Do **2** adoptivních rodin byly téměř okamžitě z kojeneckého ústavu svěřeny 7 a 8 měsíční zdravotně postižené děti.

**1** z rodičů byl zaměstnancem v dětském domově se školou a profesní vztah k postiženému dítěti přešel do pěstounské péče na přechodnou dobu.

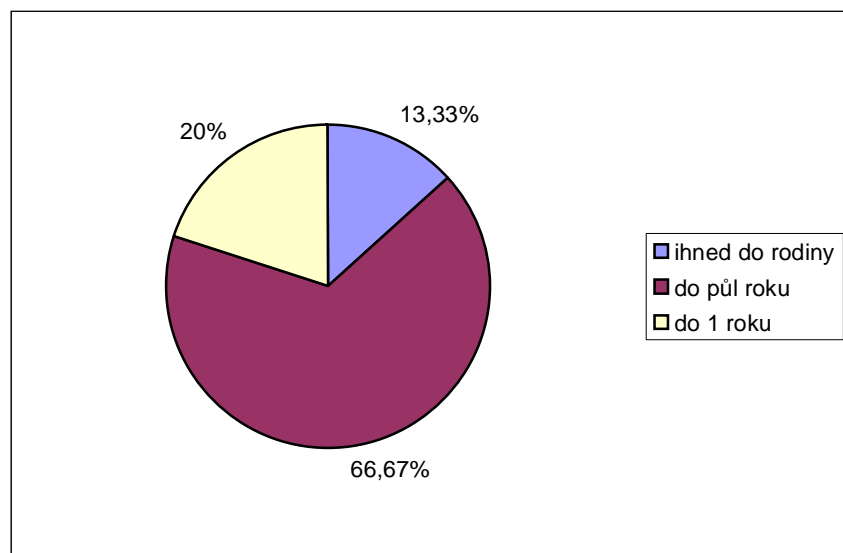
**Dotazníková otázka č. 7 – Jaký časový interval uplynul od Vašeho podání žádosti do přijetí zdravotně postiženého (postižených) dítěte (dětí) do náhradní rodiny?**

Z došlých dotazníků bylo zjištěno, že ihned se v případě přímé adopce do rodiny dostaly **2** děti, do šesti měsíců **9** dětí a do jednoho roku **3** děti. **Z rozhovoru** provedeného mimo rodinu (bez dotazníku) bylo zaznamenáno, že doba umístění dítěte byla do 6 měsíců (viz. TABULKA 5 – DOBA ČEKÁNÍ NA DÍTĚ).

**TABULKA 5 – DOBA ČEKÁNÍ NA DÍTĚ**

<b>Časové rozmezí</b>	<b>Počet dětí</b>	<b>%</b>
Ihned	2	13,33
Do šesti měsíců	10	66,67
Do 1 roku	3	20
	<b>15</b>	<b>100</b>

Nejvíce zdravotně postižených dětí bylo umístěno k náhradním rodičům v rozhodné době do 6 měsíců a to je 66,67 % (viz **Graf 3 - doba čekání na dítě**).



**Graf 3 - doba čekání na dítě**

**Dotazníková otázka č. 8 – Řešili jste případné závažnější problémy ve výše uvedené „čekací době“ do vlastního přijetí zdravotně postiženého (*postižených*) dítěte (*děti*)?**

Z dotazníků a rozhovorů byly zpracovány a vybrány tyto rozdílné odpovědi náhradních rodičů.

- „Je to už dlouho, ale podstoupili jsme vše potřebné a ani jsme se nedozvěděli, proč nás neregistrovali jako žadatele o adopci. Jako pěstouni jsme v počátcích bojovali s informovaností úřadů, které sami nevěděly, kdo o jaké dávce může rozhodnout.“
- „Naivně jsme zaujali pozici náročných žadatelů o adopci a teď máme kluka, o kterém tvrdili, že je skoro zdravý. Naštěstí to mají se sociální výpomocí u problémových dětí pěstouni lehčí než adoptivní rodiče.“
- „Nemohli jsme se rozhodnout, dlouho jsme čekali a pak se manželka seznámila s paní Dvořákovou z Motýlku na Černém Mostě. Po čase jsme byli vytipovaní a za chvíli přišel Maty.“
- „Docela to uteklo a všude na kurzech to bylo jedno velké poznání.“

Z dotazníkového šetření a rozhovoru mimo rodinu bylo zjištěno, že **4** rodiny (to je 28,57% ze 14 rodin) neměly téměř žádné problémy a **10** rodin zbývajících, to je 71,43%, měly špatné zkušenosti s nedůsledným proškolením sociálních pracovníků, a s tím souvisela i špatná informovanost žadatelů o náhradní rodinnou péči.

*Rodiče totiž během aktivu magistrátu či krajského úřadu stále ještě příliš nerozlišovali pěstouny a osvojitele a nedokázali si utřídit své rozhodnutí. Pracovnice orgánu sociálně-právní ochrany dětí městské části Prahy 14 konkrétně v této věci poukázala na individuálnost jednotlivých žadatelů a jejich zkreslené představy. Nejen díky tomuto jsou výše uvedené výsledky „dvousečné“ a v žádném případě zjištěná data **nelze generalizovat** u tak malého vzorku.*

**Dotazníková otázka č. 9 – Jak probíhala adaptace svěřeného zdravotně postiženého (postižených) dítěte (dětí), v rodině?**

K této otázce byly zpracovány nejčastější reakce respondentů, kteří se při rozhovorech a v dotaznících, často velice spontánně, vyjádřili:

- „Na ty první dny na propustce nikdy nezapomeneme, bylo to dojemné.“
- „Až do teď řešíme poruchy chování, které si přinesl z dětského domova a ze školy.“
- „Náš vlastní syn nám ukázal, jak na to!“
- „Jsme šťastní a také rozpačití; vlastní rodiče nás nepochopili, ale dítě je zlaté.“
- „Byli jsme často u lékařů, ale už jsme si cestičku důvěry našli.“
- „Syn nemá rád jakékoliv cizí prostředí.“
- „Při návštěvě mých rodičů je dcera značně neklidná.“

V průzkumné části, týkající se adaptace svěřeného dítěte do rodiny, byly zaznamenány kladné i rozporuplné reakce. U 5 náhradních rodin proběhla adaptace dítěte bez komplikací a u 9 rodin se objevovaly individuální problémy. Nejčastěji rodiče zmiňovali výkyvy v chování mentálně postižených dětí a také neklid postižených dětí v cizím prostředí.

**Dotazníková otázka č. 10 – Jak se Vaše nejužší rodina vyrovnala s příchodem zdravotně postiženého (postižených) dítěte (dětí) do náhradní rodiny?**

Odpovědi k tomuto tématu byly získány z dotazníků a rozhovorů. Byly vybrány tyto nejvýstižnější odpovědi náhradních rodičů:

- „Měli jsme v době příchodu dítěte dosti veliké komunikační problémy i mezi sebou.“
- „Začátky byly lehčí než teď, kdy se zdraví zhoršilo, ale musíme to zvládnout.“
- „Vše jsme překonali, jen ta společnost nás trápí.“
- „Na začátku chyběly peníze a ty chybí do teď.“
- „Velice intenzivně jsme navštěvovali spoustu odborníků.“

Z dotazníků a provedených rozhovorů vyplynulo, že se většina respondentů shodovala v těžkých začátcích, „na které se nedá nikdy zcela připravit“. Jednalo se o období častých návštěv lékařů specialistů a nedostatečného finančního zázemí. Díky náročné péči o dítě byly od základu změněny životní hodnoty rodičů (omezení svobody volného času).

Často bylo v rozhovorech zmiňované období obav z budoucnosti svěřených dětí, kdy budou například odkázáni na jiné, cizí osoby. Nejsnáze přijímali postižené dítě do rodiny po rodičích případní sourozenci dítěte *(starší se stali ochránci před zvědavými pohledy a posměšky, mladší zas soupeři ve hře, kde však časem vývojově předstihli postižené dítě)*.

U přímé adopce slabozrakého novorozence v jedné rodině byl zjištěn údajně neúměrně silný citový vztah matky k dítěti. Na tuto skutečnost upozornil otec ve spontánním rozhovoru. Otcí vadila přehnaná starostlivost a přehnaná vzájemná závislost mezi matkou a dítětem.

**Dotazníková otázka č. 11 – Popište, jak na Vaše svěřené zdravotně postižené dítě ( děti ) v rodině do současné doby reaguje vaše blízké okolí?**

Odpovědi se ve výsledcích malého průzkumu individuálně odvíjely od okolností, za kterých byly děti svěřeny do náhradní rodinné péče.

V případě 2 rodin v produktivním věku rodičů a rodin se staršími svěřenými dětmi byly reakce okolí většinou pozitivní.

U rodin, kde se pozvolna rozvíjela závažná insuficience dětí, bylo zjištěno, že se blízké okolí stále více odtrhovalo se zdánlivým pochopením, tedy spíše s nepochopením *(zde bylo v jednom případě zajímavé pozorovat zvýšené emoce náhradních rodičů ve vztahu k sousedům, kteří údajně přestali chodit na zahradu před dům, aby se vůbec vzájemně nepotkávali)*.

U náhradních rodičů, kteří měli 1 dítě v přímé adopci a 1 pěstounské dítě (7 měsíců a 5 let), byly reakce blízkého okolí, zejména prarodičů, vynikající a bez problémů.

U náhradních rodičů, kteří měli v přímé adopci 8 měsíční dítě, byly bohužel reakce blízkého okolí nejhorší, neboť se setkali jen s lítostnými projevy bez viditelné snahy o pochopení a alespoň psychické pomoci.

Z rozhovoru bez dotazníku bylo k tomuto zjištěno, že „zejména rodiče ze strany matky svěřeného dítěte zklamali na celé čáře“.

*(Během rozhovorů často zaznělo, že příchod dítěte do rodiny vyvolával většinou rozpaky mezi babičkami a dědečky, u kterých bylo zdravotně postižené dítě buď přijato, nebo zavrhnuto a to nejčastěji proto, že se trápili pohledem na neštěstí svých dětí, tedy náhradních rodičů postižených dětí ).*

**Dotazníková otázka č. 12 – Jste do současné doby v kontaktu se specializovaným odborníkem, nebo kompetentní institucí, která Vám pomáhá s péčí o zdravotně postižené dítě?**

Z odpovědí na tuto otázku vyplynulo velké množství adres a názvů nestátních, neziskových organizací, například Komunitní centrum Motýlek na Černém Mostě, Studio OÁZA (kulturní centrum pro mentálně postižené, což je nevýdělečné občanské sdružení na adrese Praha 1, Říční 6), dále sdružení Prosaz, které nabízí poradenské, rehabilitační a pečovatelské služby, nebo Občanské sdružení NATAMA (*zkrácený název znamená „náhradní táta a máma“*), jež provozuje Institut náhradní rodinné péče a které se zaměřuje na odborné provázení pěstounských i adoptivních rodin a poradensko - terapeutickou práci s dětmi.

Ze státních subjektů byly v dotaznících pozitivně hodnoceny kojenecké ústavy a střediska rané péče (ve třech případech se jednalo o poradenské Středisko rané péče TAMTAM v Praze).

Výsledným šetření bylo zjištěno, že **2** adoptivní rodiny a **9** pěstounských rodin upřednostňovaly postupný přechod od „tradičních“ státních subjektů (poradenská činnost orgánů sociálně-právní ochrany dětí nebo ústavní součinnost) k nestátním neziskovým organizacím, a **3** pěstounské rodiny (2 v produktivním věku) velice pozitivně hodnotily zejména státní instituce (*jednalo se o státní instituce v Děčíně*).

**Dotazníková otázka č. 13 – Kdo vyplňoval (nebo se také podílel) na vyplňování tohoto dotazníku?**

**Z dotazníkové otázky číslo 13** vyplynulo, že se v těsné většině dotazníků vyjádřily ženy. Jednalo o 5 žen, to je 38,46% a 4 muže (30,77%). Zbýlé 4 dotazníky vyplnili společně oba náhradní rodiče. Dle zjištěných skutečností, zejména z rozhovorů, byl následně vyjádřen **předpoklad**, že není důležitá informace o tom, kdo vyplnil dotazník, ale jak kvalitně. Znamená to tedy, že autor vyplnění dotazníku nebyl ani aktivnější, ani zasvěcenější z náhradních rodičů, byl prostě jen odvážnější při konfrontaci s okolím.

Tyto zkušenosti byly však zjištěny až v průběhu průzkumu a dotazník byl již pevně stanoven (viz. **TABULKA 6 – AUTOR VYPLNĚNÍ DOTAZNÍKU**).

**TABULKA 6 – AUTOR VYPLNĚNÍ DOTAZNÍKU**

<b>Osoba</b>	<b>četnost</b>	<b>%</b>
Žena	5	38,46
Muž	4	30,77
Společně	4	30,77
Jiní	0	0
	<b>13</b>	<b>100</b>

Dotazníková **otázka č. 14 - Jaké zlepšení sociálních služeb, v souvislosti s péčí o zdravotně postižené dítě, si po zkušenostech představujete?**

V této problematice byly z dotazníků a rozhovorů zaznamenány návrhy rodičů, které se nejvíce shodovaly v komplikacích ohledně přidělování sociálních dávek. O sociálních dávkách pro pěstouny mohou částečně rozhodovat i zákonní zástupci svěřeného dítěte. Náhradní rodiče by také uvítali pro děti se zdravotním postižením **ze strany státu více aktivity**, která by kladně přispěla k integraci a zapojení do společenského života (hudební, pohybové, dramatické či výtvarné kroužky), dále **registr speciálně vyškolených pěstounů** (profesionální pěstounská péče), kteří by byli, za tomu odpovídající finanční odměnu od státu, dostupní 24 hodin denně a děti by v případě potřeby nemusely chodit například do Klokánků, které provozuje Fond ohrožených dětí. Náhradní rodiče zmínili i **problematiku chráněných dílen v hlavním městě Praze**; ty údajně provozují podnikatelé, kteří za nemalé finanční dotace státu radši zaměstnávají částečně nebo plně invalidní občany v důchodovém věku v rámci přivýdělku, než osoby zdravotně postižené, kteří by takovou aktivitu měli jako terapii a možnost zařazení se do společnosti.

### **3.6 Shrnutí výsledků praktické části**

V daném výběru byly učiněny následující závěry: u dotazníkového šetření by bylo vhodné mít více uzavřených otázek než otázek otevřených, a to z důvodu nečitelnosti a obtížnější použitelnosti dat. Na otevřené otázky by bylo vhodnější se zaměřit v rozhovorech, a otázka číslo 13 byla víceméně zbytečná, protože zjištění toho, kdo vyplňoval dotazník, nepřineslo žádná upotřebitelná fakta.

### 3.6.1 Vyhodnocení předpokladů

V kapitole 3.1.1 této práce byly stanoveny předpoklady a dle výsledků malého, smíšeného průzkumu bylo možné ověření a vyhodnocení.

Stanovený předpoklad:

- 1. Předpokládalo se, že rodiče, kterým bylo svěřeno zdravotně postižené dítě se speciálními potřebami do náhradní péče, již měli vlastní handicapované dítě a vycházeli ze svých osobních zkušeností.**

Pro ověření daného **předpokladu číslo 1** oslovila respondenty dotazníková otázka číslo 1. Z dotazníkových odpovědí na tuto otázku i z rozhovorů, použitých v malém průzkumu, vyplynulo, že u **10** náhradních rodin, to je 71,43%, se jednalo **o jediné dítě** se zdravotním postižením v osobní péči, u **3** náhradních rodin, to je 21,43%, již nějaké dítě s nezjištěným handicapem v rodině vyrůstalo jako **vlastní** a **1** náhradní rodiče měli již **druhé svěřené dítě** se zdravotním postižením (viz **TABULKA 1 – VLASTNÍ A SVĚŘENÉ DĚTI**).

**TABULKA 1 – VLASTNÍ A SVĚŘENÉ DĚTI**

Počet náhradních rodin	Počet handicapovaných dětí	%
3	1 vlastní a 1 svěřené	21,43
10	1 svěřené	71,43
1	2 svěřené	7,14
14	15	100

**Předpoklad číslo 1 se tedy nepotvrdil**, neboť malý smíšený průzkum u respondentů stanovil, že někteří bezdětní náhradní rodiče byli, díky obdivuhodnému osobnímu přístupu, schopní se o dítě se zdravotním postižením odpovědně postarat (*například výše uvedená pozvolná insuficience dětí*). Někteří odhodlaní a připravení rodiče v produktivním věku, po výchově vlastních zdravých dětí, svou roli také zvládli bez vážnějších komplikací.



Stanovený předpoklad:

**2 Předpokládalo se, že náhradní rodiče budou více upřednostňovat tělesná a smyslová postižení před postižením mentálním a kombinovaným.**

Určení tohoto předpokladu provázela počáteční myšlenka, že vzájemná interakce mezi tělesně nebo smyslově postiženým dítětem a „novými“ rodiči bude čitelnější, než u mentálně insuficientního jedince, popřípadě dítěte s kombinovaným postižením.

Pro ověření **předpokladu číslo 2** byla respondentům položena dotazníková otázka číslo 2. Z odpovědí na tuto otázku i z rozhovorů, použitých v malém průzkumu, vyplynulo, že celých 40% dětí je s mentálním postižením, 33,33% dětí je s kombinovaným postižením, 20% dětí je se smyslovým a 6,67% s tělesným postižením (viz TABULKA 2- DRUHY POSTIŽENÍ U DĚTÍ).

**TABULKA 2- DRUHY POSTIŽENÍ U DĚTÍ**

<b>Zdravotní postižení</b>	<b>Počet handicapovaných dětí</b>	<b>%</b>
Mentální	6	40
Kombinované	5	33,33
Smyslové	3	20
Tělesné	1	6,67
Jiné postižení	0	0
	15	100

**Druhý předpoklad nebyl také potvrzen.** Zjištěnou většinu svěřených dětí s mentálním postižením u dotazovaných náhradních rodičů umocňuje tvrzení, že „v České republice žije kolem 300.000 obyvatel s mentálním postižením, z nichž je celých 15.000 umístěno v ústavech sociální péče, kde tvoří 82 % všech jejich obyvatel“. Tyto statistické údaje poskytl generální ředitel Ing. Ivo Vykydal ze Sdružení pro pomoc lidem s mentálním postižením a jejich rodinám v rozhlasovém rozhovoru rádia Frekvence 1 dne 14.02.2007.

Stanovený předpoklad:

- 3 Předpokládalo se, že zdravotně postižené děti budou, v případě splnění všech předpokladů, z hlediska rychlosti řízení umisťovány do péče v náhradních rodinách mnohem rychleji než děti zdravé.**

Pro ověření **předpokladu číslo 3** byla položena respondentům dotazníková otázka číslo 7. Z odpovědí na tuto otázku i z rozhovorů, použitých v malém průzkumu, vyplynulo, že 66,67% zjištěných dětí se zdravotním postižením bylo umístěno k náhradním rodičům do 6 měsíců, nejdéle pak do jednoho roku. Téměř ihned se k náhradním rodičům dostaly dvě děti a to přímou adopcí (viz TABULKA 5 – DOBA ČEKÁNÍ NA DÍTĚ).

**TABULKA 5 – DOBA ČEKÁNÍ NA DÍTĚ**

Časové rozmezí	Počet dětí	%
Ihned	2	13,33
Do šesti měsíců	10	66,67
Do 1 roku	3	20
	<b>15</b>	<b>100</b>

**Třetí předpoklad se dle získaných dat z daného výběru potvrdil.** Děti se zdravotním postižením byly do vhodných náhradních rodin umisťovány v kratším časovém rozmezí než děti zdravé. S odkazem na provedené rozhovory s pracovníci orgánu sociálně-právní ochrany dětí a s pracovníci „Sdružení Motýlek“ bylo možné vyjádření předpokladu, že ústavních handicapovaných dětí vhodných pro náhradní rodinnou péči je podstatně víc, než žadatelů o náhradní rodinnou péči. U zdravých a právně volných dětí v ústavní péči je to naopak.

### **3.6.2 Diskuse k praktické části**

Při osobních rozhovorech bylo nejvíce diskutované vztahové téma s blízkým okolím, kdy v některých případech rodiče, děti, sousedé i anonymní podnikatelské subjekty aktivně pomáhali náhradním rodičům. Na druhou stranu se objevily i případy, kdy se blízké okolí zachovalo až bolestně.

## 4 Závěr

Z průzkumného vzorku respondentů byla **nejčastější** formou náhradní rodinné péče o zdravotně postižené dítěte zjištěna **individuální pěstounská péče**. U náhradních rodin převažovaly děti s mentálním postižením. Toto zjištění bylo podpořeno tvrzením generálního ředitele pana Ing. Ivo Vykydala ze „Sdružení pro pomoc lidem s mentálním postižením a jejich rodinám“, který dne 14.2.2007 sdělil, že „v České republice žije kolem 300.000 obyvatel s mentálním postižením, z nichž je celých 15.000 umístěno v ústavech sociální péče. V těchto ústavech tedy tvoří 82 % všech jejich obyvatel“.

I přes náročnou péči o zdravotně postižené děti však většina pěstounů (osvojitelů) uvedla, že by byli ochotni se postarat i o další takové dítě. V případě vážného zájmu o náhradní rodinnou péči zdravotně postiženého dítěte docházelo ke kladnému vyřízení žádosti a **umístění dítěte do náhradní rodiny poměrně velice rychle**. Nejdelší čekací doba byla jeden rok. V době příchodu svěřeného dítěte do nového prostředí náhradní rodiny byly zjištěny informace o poruchách chování dítěte. Projevy bázlivosti a strachu z cizího prostředí se však u dětí postupně, díky lásce a pochopení náhradních rodičů, odstranily, nebo alespoň částečně potlačily. Přítomnost dítěte se zdravotním handicapem významně ovlivnila některé vztahy v rodině a blízkém okolí. Náhradní rodiče měli v tomto směru dobré i špatné zkušenosti. Důležité však bylo zjištění, že při konečném rozhodování, zejména pěstounských rodin, děti nadále zůstaly a rodiče svého rozhodnutí nelitovali. Přestože rodiče v dotaznících hodnotili některé státní instituce pozitivně, zůstali k systému náhradní výchovné péče kritičtí. Z malého průzkumu vyplynulo, že náhradní rodiče v mnoha případech hledali podporu a pomoc při řešení problémů nejprve v širší rodině, popřípadě v nestátních neziskových organizacích.

Zvolený postup počátečního rozhovoru s odborníky na náhradní výchovnou péči, v následné kombinaci s rozhovory a dotazníky náhradních rodičů, přinesl řadu kvalitních informací a zjištění. Během většiny rozhovorů bylo sledováno chování respondentů a to i ve vztahu k dětem v rodinách. Z rozhovorů v rodinách vyplynulo, že systém v České republice neumožňuje, aby se žadatelé o osvojení dítěte ve výsledku dozvěděli, proč nevyhověli a nebyli zařazeni do evidence adoptivních žadatelů. Z tohoto zjištění byl vyjádřen **předpoklad**, že si státní instituce vyhrazuje v evidencích žadatelů právo na určitou **neprůhlednost**. Při svém rozhodnutí však opomíjí momentální stres či jiné okolnosti, které vedly žadatele k pomyslnému selhání.

Tato skutečnost mohla odradit i potencionálně velice schopné rodiče. Dále bylo zjištěno, že zejména u adoptivních rodičů (věkový průměr těchto rodičů v České republice je 35-40let) chybí kvalitní informovanost o možných sociálních dávkách. Také se adoptivní rodiče často nedozví všechny dostupné informace, které se týkají zdravotního stavu dítěte i biologických rodičů, a během častých návštěv u lékařů to mají mnohdy složité (dostupné materiály o původních biologických rodičích jsou navíc v zákonné lhůtě skartovány).

Z důvodu malého počtu respondentů **nelze zjištěná data generalizovat**. To by vyvrátil nebo potvrdil průzkum mnohem obsáhlejší, který by mohl být cenným zdrojem informací o potřebách specifické skupiny rodičů.

Problémem byly u některých rodičů první konfrontace se zdravotně postiženými, ústavními dětmi. Zde byly zaznamenány často povrchní představy o přijímaných dětech. Bohužel u většiny pěstounů dominovala lítost nad osudem těchto dětí, což se projevilo i zapochybováním o správnosti svého rozhodnutí při přijímání dítěte, a zde by měl zasáhnout odborník svým psychoterapeutickým povzbuzením.

Motivací náhradních rodičů byla často touha pomoci opuštěnému dítěti z náboženských důvodů. Takoví rodiče brali péči o opuštěné a zdravotně postižené dítě jako své poslání od Boha. Důvodem rozhodnutí náhradních rodičů k přijetí zdravotně postiženého dítěte do péče byl nejčastěji předchozí střet zájmů s biologickými rodiči, kteří neumožnili právní uvolnění k adopci svého dítěte. Vzhledem k tomuto faktu se adopce zdravého dítěte tak prodlužovala, že se nedočkaví rodiče z průzkumného vzorku rozhodli pro náročnou pěstounskou péči o zdravotně postižené dítě.

Závěrem bych rád v této práci vyzdvihl **Komunitní mateřské centrum Motýlek** v Praze, na Černém mostě (sponzorem je Městská část pro Prahu 14, Motýlek zastřešuje první mateřské centrum v hlavním městě s názvem YMCA Praha). Toto komunitní centrum ve velké míře dobrovolnický, i specializovanými odborníky, podporuje a zastává aktivity mimo jiné také **pro děti se zdravotním postižením a jejich rodiny**. Příkladem těchto aktivit je například plavání v bazénu Hloubětín, léčebné jezdeckví v Šestajovicích, respitní péče – hlídání zdravotně postižených dětí, arteterapie (léčebná výtvarná činnost), muzikoterapie, masáže pro handicapované děti, cvičení na balonech, logopedie, a v neposlední řadě zajímavé setkání biologických i náhradních rodin s handicapovanými dětmi. Zkušenosti těchto pečovatelských jsou bohužel nepřenositelné, a pro většinu lidí bez takového poznání těžko vysvětlitelné.

## 5 Navrhovaná opatření

V současném systému výchovné péče u nás děti pobytem v ústavech nejen neefektivně zatěžují státní rozpočet (jakákoliv péče o dítě v rodině vychází levněji než ústavní péče), ale také přirozeně nerozvíjí svůj vrozený potenciál.

V rámci zpřehlednění systému sociálních služeb a náhradní výchovné péče by byl vhodný vznik jediného kompetentního ministerstva, které by bylo odpovědné a schopné řešit problematiku péče o dítě a rodinu (u nás se toho času jedná o koncepci mezi ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy, ministerstvem zdravotnictví a ministerstvem práce a sociálních věcí).

Problémy náhradních rodičů, kteří pečují o zdravotně postižené děti, jsou také v nesystémovém vytížení sociálních pracovníků, které díky tomu nejsou schopny dostatečně poskytnout informace a konkrétní odbornou pomoc.

S tím úzce souvisí opatření k realizaci individuální rodinné péče o dítě se zdravotním postižením s podporou výchovné a vzdělávací integrace do společnosti – toto by měla na starosti **konkrétní sociální pracovníci** (po změně zákona o sociálních službách), která by s rodinou trvale a úzce spolupracovala. Těžištěm její práce by byla kompletní poradenská činnost v sociálně–právní oblasti nebo doručování veškerých úředních písemností (s konzultací odvolacích lhůt u rozhodnutí pro urychlení vyplacení sociálních dávek).

Dále pozitivně přispěje k systemizaci výchovné péče rozvíjení denních, týdenních stacionářů, „pravých“ chráněných dílen a dostatečně finančně ohodnocená profesionální pěstounská péče.

Dalším ožehavým problémem u postižených lidí jsou vztahy se společností, která dle výpovědi několika rodičů, stále ještě neumí s postiženými žít. Již od narození takového dítěte rodiče naráží na netaktnost, nepochopení a odmítání jak ze strany příbuzných, známých a laické veřejnosti, tak i ze strany odborníků (zdravotníků). To má za následek jednoznačně izolaci náhradních i biologických rodičů, kteří se těchto negativních reakcí okolí vážně obávají. Jde tedy o změnu celospolečenskou a dlouhodobou, v níž rozhodující roli hraje osvětová činnost a informovanost.

Zvýšením společenské prestiže a podporou pečujících rodin adresnými dávkami a službami sociální péče, vytvořením podmínek pro diferencované a pružné zaměstnávání pečujících o zdravotně postižené lze dosáhnout zlepšení postavení těchto rodičů na úroveň ostatních zemí Evropské unie.

Je důležité zatraktivnit či zpřístupnit individuální domácí péči těm, kteří ji potřebují, i těm, kteří jsou ochotni ji svým bližním poskytovat.

Domnívám se, že je nezbytné, aby stát místo dalších ústavů zřizoval jejich rodinné alternativy, ale neméně důležitý je i ucelený systém s programem na individuální podporu rodiny.

## 6 Seznam použitých zdrojů

**ARCHEROVÁ, C.** *Dítě v náhradní rodině: nejčastější problémy při výchově mladších dětí v náhradní rodině.* 1. vydání. Praha: Portál, 2001. 120 s. ISBN: 80-7178-578-4

**BUBLEOVÁ, V.** In *Děti a My – Děti patří do rodiny.* XXXV. ročník, číslo 4. Praha: Portál, 2005. 60 s. ISSN: 0323-1879

**KOVAŘÍK, J.** *Náhradní rodinná péče v praxi.* 1. vydání. Praha: Portál, 2004. 167 s. ISBN 80-7178-957-7

**MATĚJČEK, Z. a kol.** *Náhradní rodinná péče: průvodce pro odborníky, osvojitele a pěstouny.* 1. vydání. Praha: Portál, 1999. 183 s. ISBN: 80-7178-304-8

**MATĚJČEK, Z.** *O rodině vlastní, nevlastní a náhradní.* 1. vydání. Praha: Portál, 1994. 98 s. ISBN: 80-85282-83-6

**MATĚJČEK, Z.** *Osvojení a pěstounská péče.* 1. vydání. Praha: Portál, 2002. 155 s. ISBN: 80-7178-637-3

**MATOUŠEK, O.** *Rodina jako instituce a vztahová síť.* 3. vydání. Praha: SLON, 1997. 161 s. ISBN: 80-86429-19-9

**MATOUŠEK, O.** *Slovník sociální práce.* 1. vydání. Praha: Portál, 2003. 287 s. ISBN 80-7178-549-0

## **7 Seznam příloh**

- 1 Příloha A/1 - Vzor oslovujícího dopisu pro respondenty (1 strana).
- 2 Příloha A/2 - Vzor dotazníku (4 strany).
- 3 Příloha B - Žádost o zařazení do evidence žadatelů vhodných stát se osvojiteli  
nebo pěstouny (1 strana).



## Příloha A/1

### Vzor oslovujícího dopisu pro respondenty

Vážení a milí rodiče

Dovolujeme si Vás tímto průvodním textem oslovit a požádat o pomoc při hledání odpovědí na otázky týkající se náhradní rodinné péče. Vámi následně vyplněný přiložený dotazník bude sloužit, s několika dalšími akceptovatelnými dotazníky, k přiblížení specifické problematiky náhradní rodinné péče a rádi bychom ucelené výsledky poskytli pro zlepšení této velmi záslužné a náročné péče o zdravotně postižené děti v České republice.

Cílem průzkumu je tedy alespoň částečně zjistit stav náhradní rodinné péče u nás, konkrétně současnou situaci a podmínky těch rodičů, kteří přijali mezi sebe nejen opuštěné, ale navíc zdravotně postižené dítě se specifickými potřebami. Dále je cílem tohoto průzkumu zjistit motivaci pěstounských a adoptivních rodičů pečovat o zdravotně postižené děti a jejich postavení v dnešní společnosti.

Během průzkumu je striktně dodržováno právo na ochranu osobnosti a ochranu osobních dat, stejně tak je přihlédnuto k principu důvěrnosti a svobody.

Výsledky tohoto průzkumu budou zpracovány v závěrečné bakalářské práci, která Vám, v případě zájmu, bude poskytnuta.

Děkujeme předem za Vaší ochotu a laskavost,

s pozdravem Tomáš MIČKA

korespondenční adresa,  
mobilní telefon,  
emailová adresa

Dne 10. 11. 2006 vypracoval: Tomáš MIČKA

**TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI**  
**FAKULTA PEDAGOGICKÁ**

**Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky**

***NESTANDARDIZOVANÝ DOTAZNÍK PRO***

***NÁHRADNÍ RODIČE S DĚTMI***

**Téma: Náhradní rodinná péče se specifikací na zdravotně postižené děti.**

**Respondenti (Objekt): Náhradní rodiče dětí s handicapem.**

**Předmět: Kvalifikované a spontánní odpovědi na dané otázky v oblasti výchovné péče o zdravotně postižené děti se specifickými potřebami.**

**Cíl „standardizovaného dotazníku“: Kvantifikace (číselné shrnutí) získaných dat k systémovému zlepšení sociální péče o děti v České republice.**

---

číslo tazatele

---

číslo dotazníku

**Instrukce: Pokud jsou v otázce uvedené možnosti, označte prosím svojí správnou odpověď křížkem ( X ) do odpovídajícího čtverečku ☐. U ostatních otázek je volné místo na Vaší výstižnou, ale také stručnou a čitelnou odpověď, popřípadě číslici.**

**Tento dotazník je a bude po vyplnění anonymní!**

**1 Kolik zdravotně postižených dětí máte vlastních a kolik svěřených do náhradní péče?**

vlastních ..... v náhradní rodinné péči .....

**2 Napište prosím, jaký zdravotní handicap má (mají) Vaše dítě (děti) v náhradní rodinné péči?**

- a) tělesné postižení ..... ☐
- b) smyslové postižení ..... ☐
- c) mentální postižení ..... ☐
- d) kombinované postižení ..... ☐
- e) jiné postižení ..... ☐

**3 Jakou formou náhradní péče se staráte o dítě (děti) se zdravotním postižením?**

- a) osvojení *zrušitelné*, nazývané prosté ..... ☐
- b) osvojení *nezrušitelné*, nazývané plné .. ☐
- c) pěstounská péče ..... ☐
- d) jiná forma náhradní péče ..... ☐

**4 Kolik roků mělo zdravotně postižené dítě (děti) v době (jejich) přijetí do Vaší rodiny?**

.....

**5 Kolik je v současné době Vašemu svěřenému zdravotně postiženému (postiženým) dítěti (dětem) v rodině?**

.....

**6 Popište prosím stručně a zároveň výstižně důvod Vašeho rozhodnutí pro přijetí zdravotně postiženého (postižených) dítěte (dětí) do náhradní rodiny?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- 7 Jaký časový interval uplynul od Vašeho podání žádosti do přijetí zdravotně postiženého (*postižených*) dítěte (*děti*) do náhradní rodiny? Uveďte prosím případně počet měsíců.

.....

- 8 Řešili jste případné závažnější problémy ve výše uvedené „čekací době“ do vlastního přijetí zdravotně postiženého (*postižených*) dítěte (*děti*)? V případě, že ANO, prosím stručně a výstižně takové problémy níže popište. Jestliže NE, prosím nevyplňujte.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- 9 Jak probíhala adaptace svěřeného zdravotně postiženého (*postižených*) dítěte (*děti*) v rodině? Opět prosím o výstižnost Vašeho vyjádření.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- 10 Jak se Vaše nejužší rodina vyrovnala s příchodem zdravotně postiženého (*postižených*) dítěte (*děti*) do náhradní rodiny ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- 11 Popište, jak na Vaše svěřené zdravotně postižené dítě ( *děti* ) v rodině do současné doby reaguje vaše blízké okolí? (sousedé, přátelé a podobně).**

.....

.....

.....

.....

.....

- 12 Jste do současné doby v kontaktu se specializovaným odborníkem nebo kompetentní institucí, která Vám pomáhá s péčí o zdravotně postižené dítě? V případě, že ANO, prosím o výstižné popsání způsobu a druhu případného kontaktu.**

.....

.....

.....

.....

- 13 Kdo vyplňoval (nebo se také podílel) na vyplňování tohoto dotazníku?**

- a) matka ..... ☐
- b) otec ..... ☐
- c) oba společně ..... ☐
- d) jiné osoby ..... ☐

- 14 Jaké zlepšení sociálních služeb, v souvislosti s péčí o zdravotně postižené dítě, si po zkušenostech představujete?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Městská část  
Úřad městské části  
Odbor  
Adresa

Věc: Žádost o zařazení do evidence žadatelů vhodných stát se osvojiteli nebo pěstouny

**Žadatelka**

**Žadatel**

Jméno, příjmení, titul:

Datum narození:

Číslo OP (pasu):

Trvalé bydliště:

/včetně PSČ/

**Žádám o zařazení** do evidence žadatelů vhodných stát se **osvojiteli / pěstouny\*** podle ustanovení § 22 odst. 1 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o sociálně-právní ochraně“).

**Souhlasím s tím,** že dle § 21 odst. 5 písm. g) zákona o sociálně-právní ochraně dětí, orgán sociálně právní ochrany zprostředkující náhradní rodinnou péči je oprávněn zjišťovat veškeré potřebné údaje o mé osobě (včetně vyžádání zdravotní dokumentace), o způsobu mého života a dalších skutečnostech, rozhodných pro zprostředkování náhradní rodinné péče. Rovněž **souhlasím s tím,** že orgán sociálně-právní ochrany má právo kdykoliv zjišťovat, zda nedošlo ke změně skutečností uvedených ve spisové dokumentaci.

**Souhlasím s účastí na přípravě fyzických** osob k přijetí dítěte do rodiny, dle § 21 odst. 5 písm. h) zákona o sociálně právní ochraně.

Pokud Magistrát hl. m. Prahy nezprostředkuje osvojení do 3 let ode dne nabytí právní moci rozhodnutí o zařazení do evidence žadatelů, přechází žádost do evidence Ministerstva práce a sociálních věcí, po dalších 6 měsících **souhlasím / nesouhlasím \*** s tím, že bude naše žádost podstoupena do evidence Úřadu pro mezinárodně právní ochranu dětí pro zprostředkování osvojení ve vztahu k cizině, dle § 21 odst. 5 písm. f) bod 1. zákona o sociálně-právní ochraně dětí.

V Praze dne:

.....  
podpis žadatelky

.....  
podpis žadatele

\* nehodící se škrtněte